

RELATÓRIO DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO  
ATENDIMENTO DO INDIVÍDUO ADULTO APRESENT  
TANDO INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, COM  
APROFUNDAMENTO NA ÁREA PSICOSSOMÁTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO  
ATENDIMENTO DO INDIVÍDUO ADULTO APRESEN  
TANDO INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS, COM  
APROFUNDAMENTO NA ÁREA PSICOSSOMÁTICA.

ANA M. PETTERS

GISELA ALBRECHT

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO  
VIIIa. UNIDADE CURRICULAR - INT 1108

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0145  
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0145  
Autor: Petters, Ana M  
Título: Relatório do desenvolvimento do



972496899

Ac. 240696

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

FLORIANÓPOLIS

DEZEMBRO/1987

ORIENTADORES: JUADIR A. COHAT

VANIR CARDOSO

WILSON KRAEMER DE PAULA

SUPERVISORES: LÚCIA NAZARETH A. SOUZA

SORAYA BAIÃO MARAGNO

## AGRADECIMENTOS

Ao nosso orientador professor e mestre Wilson Kraemer de Paula pela orientação inicial, discussão durante o período e, especialmente por nos ter indicado fontes de auxílio e condu<sup>ta</sup> de profissional habilitado na área, com intuito de poder mos aprofundar conhecimentos na área desejada, bem como pela confiança depositada em todo período de estágio.

Ao nosso colaborador, médico assistente Dr. Vanir Cardoso por sua extraordinária dedicação, sua interação e convivência com nosso projeto, fornecendo abundante bibliografia, orientação, troca de experiência, acompanhamento aos pacientes e avaliação de atitudes gerais, mostrando o que significa uma atitude que visa assistência da PESSOA e não apenas assis<sup>t</sup>ência a um órgão de um indivíduo doente.

Ao nosso colaborador, psicólogo, Dr. Joadir A. Cohat, pela disposição e dedicação, fornecendo cuidado de orientação a conduta aos pacientes assistidos e bibliografia própria para aprofundamento do conhecimento na área.

Às nossas supervisoras, enfermeiras Lúcia Nazarã A. Souza e Soraia Baião Maragno por seu carinho, confiança, indicando campo de atuação na sua unidade de serviço.

À Coordenadora da VIIIA. Unidade Curricular - Profa. Leony Lourdes Claudino dos Santos pela conduta e compreensão.

Aos pacientes pela confiança que resultou no alcance dos nossos objetivos.

À equipe de enfermagem da UIM Feminina e Masculina, à professora enfermeira Maria de Lurdes da Silva Cardoso, estudante de assistência social Elimary, estudantes de enfermagem, pelo apoio e incentivo.

Aos profissionais e estudantes que nos ofereceram re

sistência desafiando-nos para uma busca e necessidade que ur  
ge a cientização para efetuação de uma assistência à PESSOA  
na sua tridimensionalidade ou seja, corpo, mente e espírito  
em benefício da humanidade intra e extra hospitalar.

### **PENSAMENTO**

"Não se deve tentar curar os olhos sem a cabeça, não se deve tampouco pretender curar a cabeça sem a alma, e, se a maior parte das moléstias escapa aos médicos, é porque eles descuidam do todo que deveriam cuidar, pois, quando o todo está em mau estado, é impossível que a parte esteja bem".

(Platão)

## SUMÁRIO

	PÁG.
I - INTRODUÇÃO .....	01
II - RELATÓRIO DAS BIOGRAFIAS .....	03
III - RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR .....	85
IV - RELATÓRIO DA DINÂMICA DE GRUPO .....	90
V - RELATÓRIO DA ENTREVISTA COM ENFERMEIRA DA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA FEMININA .....	94
VI - CONCLUSÕES DOS ESTUDOS .....	98
VII - RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	106
VIII - DIFICULDADES SENTIDAS E RECOMENDAÇÕES .....	110
IX - CONCLUSÃO DO ESTÁGIO .....	114
X - BIBLIOGRAFIA .....	117

## I - INTRODUÇÃO

Durante algumas semanas foi planejado, com auxílio de profissionais e busca de orientação bibliográfica a efetuar este projeto sob concepção psicossomática em um meio onde doentes estão submissos a profissionais de formação exageradamente organicista. Num ambiente onde há indivíduos com necessidades globais desencadeantes de sua patologia onde a psicologia, psiquiatria e o espiritual mantêm-se em território bastante isolado e em pouco contato com as demais áreas da Medicina e Enfermagem.

Certas e confiantes de encontrarmos ambiente propício e todo apoio junto aos profissionais escolhidos para supervisionar, orientar e interagir na conquista dos objetivos. Também muito ansiosas frente aos clientes de sua permissão a uma análise da causalidade mais profunda de seus sofrimentos. Encontrar-se-á neste relato, principalmente nas biografias referidas espontaneamente, um resultado que nos faz declarar que, toda doença é psicossomática e grande número dos doentes está igualmente ansioso em solucionar suas perturbações emocionais e suas causas desencadeantes sem ter acesso aos meios necessários que envolve o seu ser bio-psico-sócio-espiritual e que requer interrelacionamento de equipe multiprofissional versus paciente e o meio onde ele vive. De uma equipe que não visa



apenas a cura de um mal aparente mas que esteja preparada em orientar adequadamente uma solução de problemas biográficos e que seria a solução de um fato que muitas vezes corroe lenta e progressivamente o interior e exterior de uma pessoa digno de vida e realização.

Com efetuação de 220 horas de estágio prático na Clínica Médica Feminina e Clínica Médica Masculina do Hospital Universitário e encontros semanais com o psicólogo e médico psicossomatologista para discussão desta atitude de assistência, foi suficiente para sacudir a consciência da necessidade de maior aprofundamento em estudos e pesquisas, bem como da importância de cientização dos profissionais para cada um avançar à busca e maior preparo a fim de envolver na sua assistência tanto o psico quanto o soma do indivíduo para dar início na prevenção de patologias e suas recidivas bem como do restabelecimento da saúde de muitos que até o presente momento o procuraram em vão na Medicina e terapia química especializada ao alcance da minoria.

✂ Estamos convictas que, quanto mais nós nos inclinamos às necessidades alheias com desejo ardente de não apenas aliviar mas sim solucionar problemas, quanto mais dedicação ao estudo de biografia individual, maior será nosso reconhecimento da pessoa como um todo (corpo, alma e espírito), maior dificuldade detectaremos a proporcionar uma assistência global e mais nós nos uniremos para uma assistência à **Pessoa**.

## II - RELATÓRIO DE BIOGRAFIAS

Identificação: L.M.M., 45 anos, brasileira, sexo feminino, casada, branca, do lar, (lavadeira), católica, residente no Estreito, procedente de Florianópolis.

Internou em 24/09/87, primeira internação no Hospital Universitário (HU) e 02 internações anteriores no Hospital de Caridade (HC) (safenectomia há aproximadamente 12 anos, úlcera de perna) onde familiares ameaçaram que seria transferida ao Hospital Governador Celso Ramos (HCR). Por acreditar na história forçou alta precoce, permanecendo com tratamento domiciliar e lesão de úlcera aberta por muito tempo. Internou no HU com diagnóstico de Erisipela Bolhosa, choque séptico, úlcera varicosa, vasculite, H.A.S., Diabetes II, Obesidade.

Apresentou queixas de náuseas, vômitos, cefaléia, dispnéia, fraqueza, inapetência, febre, calafrio, hipotensão (7,5 X 5,0), sudorese, lipotímia, dor intensa em M.I.E.

História Atual da Doença: procurou a emergência do HU onde foi submetida a cirurgia de drenagem de úlcera infectada, medicada com Pen. Procaína, retornou ao lar onde, no mesmo dia, voltou à emergência com sinais de choque séptico. Foi internada na UTI, permaneceu por dias e foi encaminhada ao setor de Clínica Médica com dissecação de veia em MSD, dispnéia, obesa (100 Kg), hipertensão e diabetes controlados, lesão bo

lhosa em MIE com hiperemia, calor, dor, edema, estase sangüínea, cianose de extremidade, inicialmente com secreção serosa evoluindo com infecção secundária por pseudomonas. Atualmente em fase de cicatrização favorável, ausência de edema e dor.

Antecedentes: pai falecido (Ca. pulmão), mãe viva, 6 irmãos (2 mulheres e 5 homens). Cliente não sabe referir sobre seu nascimento, não foi amamentada ao seio (nenhum dos irmãos), apresentou enurese até 8 anos de idade. Desenvolvimento cognitivo muito bom, estudando até 5a. série do 1º grau. Apresentou temperamento retraído, tímida e com tendência ao isolamento. Dificuldades financeiras devido ao alcoolismo do pai, o que impediu continuidade aos estudos. Apresentou doenças próprias da infância, anemia, diarreia e verminose. Sua vida, desde a infância foi acometida de constantes agressões físicas e ameaças de morte por parte do pai, que muitas vezes com seu modo autoritário impedia que as crianças completassem suas refeições, não permitia amizades, saída do lar e namoro. Refere que seu primeiro namorado, "esse é que eu gostava", deixou-a devido ameaças do pai a ambos. Então iniciou namoro com atual marido o qual detestava, porém, disse à sua mãe: "desta vez meu pai vai ver o que vou fazer.. Vou casar logo com quem não gosto só para fugir do pai". Após 4 meses de namoro casou-se. Sua mãe era tímida e submissa, sofrendo agressões físicas do marido, porém, impedia desrespeito dos filhos ao pai. L.M.M. mantém, desde a infância, relacionamento mais achegado à mãe por detestar a presença do pai. Aos 15 anos quando da menarca foi surpreendida pois, não havia recebido nenhuma informação sobre sexualidade levando-a à ansiedade, medo, apresentando polifagia e aumento de peso com obesidade até o período atual (100 Kg). Carregava preocupação consigo

mesma, lavava suas roupas às escondidas. Refere primeira ame norrêia "após ingesta de bananas" sentindo então mal estar, cefaléia, alteração de humor visível o que levou sua mãe a dialogar com sua tia sobre a maneira estranha de sua filha. A mesma suspeitando que se tratasse da menarca da cliente foi solicitada a falar com L.M.M. sobre sua maneira estranha de comportamento. L.M.M. não negou o fato à tia. Sua mãe saben do-o através da tia não procurou falar sobre o assunto da se xualidade até o dia atual. Após casamento aos 18 anos, a vida de L.M.M. continua sofrível pois detesta seu marido "não su porto ele". Nunca sentiu prazer sexual. O mesmo é alcoôlatra e fumante. Na primeira embriaguês após casamento e tentativa de agressão à sua mulher, foi agredido por esta e, em estado de embriaguês posterior nunca mais agrediu-a fisicamente, mas o faz verbalmente, agride aos filhos dos quais usufrui o seu ganho e danifica o lar.

Fator desencadeante: refere que com frequência apresen ta erisipela em local de úlcera que ela associa a fatores con flitantes. Estado atual desencadeado após morte do filho, aban dono da nora e neto do lar e atitude do marido perante faleci<sup>mento</sup> deste filho, referindo que teve sossego com este aciden te, indicando ao filho (14 anos) seguir o mesmo caminho para seu sossego. Este episódio acentuaram seu estado depressivo, não atendendo suas necessidades humanas básicas e tratamento para diabetes, com insônia e quadro súbito fisiopatológico o que a levou à internação hospitalar.

Evolução: Ao primeiro contato com a paciente ela refe re sua situação de infância/casamento e atual com filhos/con juge/parentes. "Estou muito abatida pela situação minha de ca sa. A morte de meu filho, o problema com meu marido. Tudo tem que mudar. Deus pode ajudar para que isso aconteça". Inicial

mente refere que não está nem ligando de que sentem falta de la em sua casa. "Prefiro mesmo é estar aqui ou então morrer para dar sossego ao marido". Mostrou-se acometida de frequentes crises depressivas durante o período da evolução atribuindo-as a seus problemas familiares e ao desconforto da doença. "Já há muito tempo, em casa, muitas vezes ao tirar roupa do varal me dá essa depressão. Não consigo sair da situação. Passa só com o tempo. Já fiz tratamento com psiquiatra mas só no ambulatório. Tenho frequentes idéias de suicídio (jogar-se em baixo de um carro). Não quero nunca ser internada num hospital psiquiátrico, tenho medo disto". Durante a internação quando do falecimento de uma paciente ao seu lado apresentou depressão acentuada. "Não posso ver estas coisas. Me lembra do meu filho". "Até minha dor na perna aumenta". Contraiu infecção secundária na lesão do M.I.E. Inicialmente mostrou-se desconfiada à conduta da equipe e irritada quando da execução de certas técnicas (curativo, punção de veia). Com involução do quadro infeccioso e aceleração do processo de cicatrização adquiriu mais estabilidade emocional, maior prazer no auto-cuidado e referiu disposição à volta ao lar.

Terapêutica: Polaramine 1 co v.o. 8/8 horas; voltaren 1 co v.o. 8/8 horas; amicacina 500 mg E.V. 8/8 horas; fenergan 1 amp. I.M.; Pen. cristalina 3 milhões U em 100 ml SF 4/4 horas; heparina 500 UI em 250 ml SG 6/6 horas; staficillin 2 g E.V. 4/4 horas; cedilamide 1/2 amp. E.V. 12/12 horas; frademicina 1 amp. I.M. 12/12 horas; diazepam; aldrex 15 ml 1 hora e 3 horas após refeição; sol. dolantina s/n.

Atual: dieta 2 g sal; digoxina 0,25; lasix 1 co v.o. ; keflex 500 v.o. 6/6 horas; liquemine 1 amp. 12/12 horas s.c.; plasil 35 gts v.o. s/n; dipirona 40 gts v.o. s/n; curativo com: SF + sabão neutro + ácido acético 1,5% por 10 minutos +

murin vaselinado. Tetmosol 2:1 para banho.

Exames: EGG alterações fisuas de repolarização ventricular; ECG taquicardia sinusal. Precordialgia de início; imunologia anti-estreptolizina "O" : 833U Todd; KPTT desc - 30'' normal 34'', rel. D/N 0,88; KPTT D - 35'' N 34'', rel. D/N 1,02; KPTT D - 32'' N 34'', rel. D/N 0,94; KPTT D - 27'' N 34'', rel. D/N 1,26; bacteriologia secreção MIE: poucos bastonetes gram neg.; cultura mais anti-biograma: Echerichia Coli; bioquímica: uréia 37 N 15-40 mg/dl., creatinina 1,10 (0,40-1,30 mg/dl), sódio 134 (135-145 meq/dl), potássio 4,3 (3,5-5,0 meq/dl).

Conduta de Enfermagem: visita diária; diálogo; informação ao médico da evolução biopsíquica; orientação (patologias, anticoncepção, menopausa, alcoolismo, AGRAL relação biopsicosomática produzindo estado fisiopatológico); SOAP + prescrição; apoio espiritual; encaminhamentos (consulta diabetes, planejamento familiar, nutrólogo); orientação para alta; discussão do caso do médico + visita; discussão do caso com psicólogo com indicação da seguinte conduta: ouvir, compreensão do luto, psicoterapia para mudança de comportamento conjugal, parecer do psicólogo: compulsão de repetição; estimulada para participar da dinâmica de grupo (rejeição); diálogo com enfermeiras sobre a paciente; visita domiciliar.

Identificação: C.M.R., 20 anos, feminina, branca, solteira, auxiliar de escritório, natural de Machadinho, RS, procedente de Catanduvas, SC.

Primeira internação neste hospital em 7/11/87 com queixa principal de dor em MMII, há aproximadamente 13 anos iniciou com dor nas articulações, coxa femoral D e MMII, que aliviava com Feldene 20, piorava com calor, frio, deambulação,

stress, difícil de descrever, com intensidade variada, irradia da articulação para membro. Tratou com vários especialistas (artrose, reumatismo, neurite, patologia óssea, medicada com alevin, feldene, litaneurin, sinaxial, fisioterapia, forno de bier, massagens, sem melhoras). Com cefaléia temporal bilateral, náuseas quando nervosa, diminuição da acuidade visual, dor de garganta, disfagia moderada, algia à D., tosse seca ocasional, dor em FID. tipo cólica ao urinar, dor lombar D, dor em punho, assimetria em coxas. Com diagnóstico de Poliartralgia a esclarecer.

História Familiar: Avô paterna óbito por AVC, avô e avô maternos faleceram devido Ca., mãe com reumatismo.

Mãe (53 anos), consiste em uma pessoa ativa, sempre trabalhou, principalmente no armazém do pai, além das outras atividades da casa. Parte responsável pela condição econômica favorável (herança), que proporcionou início da atual fonte de renda (transportadora), comandada pelo filho mais velho, o qual assumiu os negócios sozinho (para iniciar o mesmo, foi vendido terreno recebido de herança, local onde morava a mãe na infância). "Minha mãe muitas vezes chorava escondido por este fato, mas nunca deixou de fazer suas vontades, até os hábitos alimentares eram conforme seu gosto. Após sua morte, há mais ou menos 2 anos com 28 anos, minha mãe só se veste de preto, vive chorando e automutilando-se (batesse com qualquer objeto duro), refere que quer morrer, durante 1 1/2 ano impediu que os outros filhos saíssem de casa para comemorações.

Meu pai (54 anos) sempre trabalhou como empregado em fazendas, trabalhando com gado, sua família era de uma classe média baixa. Há alguns anos sofreu acidente de trabalho e hoje tem "certos problemas mentais", às vezes torna-se um pouco agressivo, principalmente quando bebê, mesmo que seja pouca

coisa.

O namoro de meus pais não era aceito pelo avô materno, devido diferença social. A vida na fazenda era bastante diffi cil, as mulheres trabalhavam muito (casa, roça, filhos, mari do, criações, trabalhos manuais, etc.), os homens a noite iam beber na cidade, aprontavam arruaças, meu avô acabava sempre comprando a polícia para proteger os filhos e provavelmente o nome da família. Antes do casamento de minha mãe, ela gostava muito de um tal de L., que casou-se com outra, então iniciou namoro com meu pai o qual não era bem quisto, meu avô levou-a a Santa Maria na casa de um médico que já havia morado na mesma cidade, mesmo assim meu pai foi procurá-la e acabaram casando. No início suas vidas foi bastante difícil, pois com os pais não aceitando a situação, não tinham ajuda.

Tinha alguns meses quando minha família mudou-se para a fazenda de meu avô (materno), depois da morte de ~~meu~~ minha avó - devido AVC em meu avô e porque meu segundo irmão foi criado por eles (na época tinha + 12 anos), e nenhum dos tios, todos casados não quiseram submeter-se a realizar os cuidados necessários, então mudamos de endereço, meu pai nunca se en tendeu com o sogro e minha mãe adorava o local. Até 5 anos vi vi naquela casa, um sobrado lindo, tínhamos muitos cristais, porcelanas, meu avô gastava todo o dinheiro da aposentadoria com os netos, defendia-nos das surras, pelas traquinagens, ele sempre dizia a minha mãe "preferes uma louça que um filho?".

Quando ele morreu não sabia o que era alguém morto, pois não deixavam as crianças irem a velórios, a gente pensa va que ele estivesse dormindo, depois desta situação que com preendi que não o viria mais.

O desejo de meus avós é que a casa ficasse para o fi lho mais novo. Todos os meus tios eram alcoolatras, e não



aceitavam a idéia. A família de minha mãe é tão mesquinha que desmontaram o sobrado, dividiram as madeiras, talheres, pratos, objetos de prata, tudo que se possa imaginar, não consideraram todo o esforço que minha mãe fez para com meu avô. Então meu pai construiu um galpão com a madeira, no terreno que cabia a minha mãe; de um lado nós morávamos, do outro as criações. Os outros tios nunca usaram a madeira, deixaram "apodrecendo" ali.

Hoje meu tio mais novo está curado do alcoolismo, tanto que só toma refrigerante, outro tio esta no HCR, às vezes tem alta, retorna ao lar, mas geralmente permanece pouco tempo, pois agride as pessoas, e tem um ódio mortal deste tio mais novo, que sustenta sua família (mulher e duas filhas), tenho uma tia com idéia obsessiva de morte, dorme abraçada com uma foice, sai a noite colhe flores e coloca no cupinzeiro e diz que os outros querem que ela morra; seus filhos são todos casados e não tomam nenhuma providência.

Na família de minha mãe são em 7 irmãos (duas mulheres e 5 homens), são todos muito invejosos, principalmente devido a meu tio mais novo e nossa família possuírem melhores condições, enquanto o restante gastou tudo o dinheiro da herança.

Tenho 6 irmãos (3 mulheres e 3 homens), um falecido a ± 2 anos, filho mais velho; o segundo filho foi criado pelos avós maternos, pois minha mãe teve depressão pós-parto e sofreu uma cirurgia de mama (provável Ca. mama?), não considera os pais, para ele seus pais já estão mortos (avós), a terceira irmã tem 27 anos, a qual na infância sempre era responsável por todo serviço e cuidar dos irmãos menores, "ela sempre queria sair junto com meu pai, mas ele nunca a levava". "Creio que minha mãe não desenvolveu o instinto materno, ou melhor até hoje, mesmo com a morte de C. ela não lembra que

tem outros filhos". Aos 12 anos esta irmã começou a trabalhar fora, fez faculdade de pedagogia, não casou, e morou a maior parte do tempo em outras cidades, com a morte de C. ela retornou a casa e retomou os negócios junto com meu pai, pois não é possível contar com minha mãe, nenhum dos dois já havia trabalhado nesse ramo, esta ocorrendo muita rotatividade de empregados. Minha irmã é muito capitalista, materialista, sempre quer mais, depois a saúde e educação dos outros. "Já tentei conversar para levamos a mãe para fazer tratamento, mas seu ódio pela mãe é tanto que chega a ser perceptível, por ela a mãe pode morrer. Tenho uma irmã casada; uma um pouco mais velha que eu, que trabalha fora, é a única pessoa que telefona perguntando como estou e irmão de 16 anos super revoltado, não estuda mais, antes ia para a escola obrigado pelo irmão mais velho: quando não ia estudar meus pais diziam: "quando C. chegar vou contar para ele", a autoridade máxima em casa era meu irmão. Hoje este meu irmão mais novo vive a maior parte do tempo com meu segundo irmão e tio mais novo, gosta de trabalhar com os caminhões, mais o pai não permite devido sua idade. Não suporta a casa, pois quando vamos almoçar ou ceiar, minha mãe já vinha chorando e dizendo: "não vou comer, estou sem fome, C. não esta na mesa".

Após a morte de meu irmão, o segundo tentou suicídio com arma de fogo, creio que foi por meu irmão tê-lo convidado para abrir uma oficina em sociedade e P. não aceitou por trabalhar com o tio o qual o considera como irmão (complexo de culpa?). Meu irmão antes de morrer estava bastante diferente, nervoso, quase não se alimentava, suas mãos tremiam, costumava se isolar com frequência, estava depressivo, quando normalmente era a pessoa que dava apoio, brincava, sempre muito extrovertido. Tinha uma ligação muito forte com ele e minha mãe,

sempre diziam que éramos muito parecidos.

O acidente ocorreu num sábado a noite quando ia a um baile, ele estava um pouco mais animado; creio que o "desastre" tenha ocorrido pelas nove horas, quando ele se dirigia ao local. "Acho que ele iria morrer do mesmo jeito se tivesse ficado em casa", no acidente só cortou encima da sobancelha, não que isto queira dizer algo, mais algum tempo antes de sua morte encontrei o endereço de um médico em suas coisas, às vezes chego a acreditar que ele tinha algum problema cardíaco.

Só ficamos sabendo de sua morte no dia seguinte, meu tio já havia preparado tudo, e minha cunhada chegou em minha casa dizendo que C. estava morto, minha mãe começou a gritar e arrancar os cabelos, eu não conseguia acreditar, achava que estava no hospital, chamamos-a de mentirosa, foi um choque, de vido estar tudo preparado para funeral; não se realizou autópsia, e até hoje existe uma dúvida muito grande.

Não lembro dos comentários sobre a gravidez da minha mãe, sei que fui amamentada por uma tia, mas não sei se minha mãe não tinha leite, se era só às vezes ou sempre que minha tia dava de mamar.

Sempre gostei de estudar, me aprofundar, sempre queria mais, terminei o segundo grau, pretendo fazer vestibular, tentei uma vez, mas não passei, foi um "baque" sentir que depois de tanto esforço não consegui o que desejava, tenho necessidade de de provar ou mostrar aos outros que posso.

Sempre sou muito desconfiada e não deixo me envolver com os outros, talvez por ter visto tantas cenas com parentes alcoolizados. Procuro ficar só, possuo poucos amigos, tenho certo medo de ser tocada, no sentido de me relacionar com o sexo oposto. Na adolescência (11 anos) fui ao consultório do médico o qual realizava o tratamento para reumatismo, minha

mãe sempre ia junto, o médico tinha uma certa "fama", um dia fui entregar o resultado do exame, era a última consulta a minha, entrei no consultório e o médico pediu para me deitar, pois necessitava examinar-me, e de repente o mesmo começou a me apertar e beijar, sai correndo e berrando, a porta estava trancada, então ele pediu que me acalmasse, não conseguia nem falar, sai daquele local chorando, encontrei minha irmã que voltava do trabalho, em casa minha mãe perguntou o que havia acontecido, mas nunca consegui contar a eles o que aconteceu e hoje ainda lembro-me de como se trajava e sua fisionomia, até aqui tenho uma certa desconfiança dos médicos. Até com meu namorado quando temos algum contato mais íntimo, na maioria das vezes me retraio. Ele foi a única pessoa que veio me visitar. Creio que o gostar parte mais dele do que de mim; agora que estou no hospital e com tudo que me aconteceu, estou pensando melhor a respeito do que realmente sinto; a falta que ele me faz e sua importância na minha vida, para superar toda esta situação. No começo meus pais não queriam que eu namorasse, não deixavam sair de casa, só com minha irmã junto, até que comecei a estudar a noite e ele me trazia para casa.

Nunca conversei com minha mãe a respeito de sexo, aprendi na escola, procurando nos livros, conversando com colegas e minhas irmãs, por isso a primeira menstruação aos 11 anos não foi surpresa, sempre tenho tensão pré-menstrual, com dores nos MMII, cefaléia, náuseas, vômitos, cólicas, com ciclo irregular e duração de 4 a 5 dias, nunca tive qualquer D.S.T. ou leucorréia.

Após a morte de meu irmão parece que as dores aumentaram, então procurei um médico em Curitiba, solicitei a meu pai que fornecesse o dinheiro, esperei oito meses, pois pri

meiro tinha que arrumar o caminhão, comprar isso ou aquilo, enquanto isto eu esperava, e o pior é que não temos problemas financeiros, mas eu podia esperar os negócios não. Em Curitiba o médico apenas me examinando, falou que era um tumor; tumor lembra câncer. Derepente parei minha vida, estudos, vida social apesar de não ser muito intensa, fiquei apavorada. "Você pode imaginar alguém que desde criança sente dores ao andar, olha no espelho e observa que suas nádegas são desproporcionais, usa roupas largas para que os outros não percebam, e sempre ouviu da família e de vários profissionais que você não tem nada". Para conseguir uma vaga no HU foi necessário pedir a ambulância da prefeitura, como ninguém em casa se sensibiliza com meu problema, acha que não tenho nada, comecei a procurar soluções sozinha. Agora estou mais tranquila, até minhas dores aliviaram, porque sei que não tenho câncer, talvez tenha apenas que fazer uma cirurgia plástica, só que os médicos demoram muito para decidirem, e isto me deixa ansiosa, gostaria de ir para casa, pois sinto-me responsável por minha mãe, ela está psicologicamente abalada e ninguém se incomoda com esta situação. Sempre fiquei em casa para ajudá-la, mais meu médico já me orientou para sair de casa, ou pelo menos estudar e trabalhar e ficar só um período em casa, não me envolver com a situação. Sei que será difícil, mas estou procurando analisar mais friamente as coisas e acho que minha mãe não é tão indefeza.

Espero que se tome uma decisão quanto a minha situação aqui no hospital, para voltar e iniciar um novo processo que possa abrir outros caminhos e porque não ajudar minha mãe estando um pouco mais distante dela, cultivar esta relação com meu namorado, estudar, trabalhar, vencer por mim, mostrar aos outros que posso.

Terapêutica: dieta livre; novalgina 40 gts. s/n; voltarem 1 amp. 12/12 s/n; voltarem 1 co 8/8 horas; plasil 40 gts. 6/6 horas; valium 5 mg. 1/2 co. 12/12 horas.

Exames: urina - sem alterações; bioquímica - sem alterações; pesquisa de anticorpos antinucleares - normal; imunologia - sem alterações; hemograma - dentro da normalidade; Rx tórax - normal; Rx col. dorso-lombar - normal; Rx bacia e quadril D - normal; Rx coxa e pernas - normal; ultrassonografia: folículos hidróticos retidos em ambos os ovários, mais evidente a E., a D. formação cística central que corresponde a folículos - 2 cm. A E. também com maior formação cística central 3,5 cm de diâmetro.

Evolução: Inicialmente a paciente apresentava baixo limiar doloroso; com medicação sistemática, não sendo detectado nenhuma anormalidade a nível hematológico. Após diálogo esclarecedor com médico, que não havia anormalidades segundo exames e que provavelmente seria apenas uma deformidade anatômica que poderia ser corrigida com uma cirurgia plástica, suas dores diminuíram, mesmo com a deambulação. O auxiliar do cirurgião plástico chegou a conversar com a paciente e esclarecer a possibilidade de ter ocorrido alguma queda na infância que tenha provocado disfunção que poderia ter levado a esta anormalidade, o que fez a paciente recordar-se que por mais que se cuide, frequentemente "cai" ou "esbarra" em algo. Depois de comprovado que organicamente a paciente não apresentava nenhuma patologia, a equipe de hematologia a transferiu a equipe médica de endocrinologia, a qual não se responsabilizou, quando foi cobrada conduta dos médicos responsáveis, chegando a se referirem a paciente como aquela que possui uma dor articular.

Não se tem conhecimento de qual médico indicou cirur

gia plástica. A paciente permaneceu mais ou menos dois dias sem médico responsável, internada aproximadamente 22 dias, nos quais não foi tomada nenhuma atitude decisiva, levando ao agravamento do quadro, com ansiedade, depressão, recidiva da dor em articulação femural D., cefaléia, mal estar, insônia e finalmente solicitou alta hospitalar.

Conduta de Enfermagem: levantamento de dados; diálogo e visita diária; discussão do caso com médico orientador e equipe de enfermagem; dinâmica de grupo; orientação sobre psicossomática.

Identificação: I.H.B., 54 anos, sexo feminino, casada, branca, do lar, 9 filhos (5 casados e 4 solteiros), alfabetizada, evangélica, procedente de Anitápolis - SC.

Foi internada no HU aos 12/08/87 com diagnóstico de acromegalia, hipertensão arterial severa e tumor de hipófise com lesão expansiva. Apresentou queixa de cefaléia há 25 anos de localização frontal E. com irradiação cervical, lado esquerdo e MMII acompanhados de vômitos paroxísticos e sensação de vazio na região frontal e ouvidos após crise de dor que é intermitente. Hirsutismo há 20 anos (face, abdome, MMII) aumento de acne, acromegalia há 8 anos em face (nariz), língua volumosa, em mãos e pés. Atualmente ardência miccional e diminuição do volume urinário.

A paciente foi-nos encaminhada com a observação de que a mesma havia feito um juramento com Deus para nunca ser operada e que a mesma não aceita a sua transferência ao HGCR onde deverá realizar cirurgia indicada.

No primeiro contato com a paciente ela estava sentada em cadeira ao lado de seu marido, no corredor geral do 4º andar da Clínica Médica com aspecto de cansaço, braços cruzados

em ligeira ântero-flexão. Durante o relato chorou várias vezes quando da expressão de suas preocupações e ansiedade. Inclusive seu esposo chorou. Refere que sua doença iniciou há 25 anos. Procurou tratamento com médico na proximidade de sua casa o qual não concluiu diagnóstico durante todos os anos de tratamento e efetuou encaminhamento quando o estado da mesma agravou-se. Vem realizando consultas e exames há mais de um ano no HU o que exigiu grande esforço de sua parte por implicar em deslocamento de seu lar a grande distância (4 horas de ônibus + 13 Km com táxi). Agora, finalmente internada no hospital "eu me sinto jogada de um canto para outro (transferência de um quarto para outro, locomoção para outro hospital por motivo de exames não realizados aqui), aguardar tanto tempo por resultado de exames e por vaga em outro hospital para cirurgia. Parece que tudo demora tanto tempo. Estou no meio de pessoas estranhas, sinto muita solidão e saudades de minha família. Estou contente que pelo menos deixaram meu marido aqui por alguns dias. Tenho dó dele porque ele fica mal acomodado sem conseguir dormir porque ele também está doente (do estômago e fígado). Uma filha minha está internada em outro hospital há 2 dias e não tenho notícias dela. Estranho a comida, não me acostumo às frequentes interrupções noturnas para medicação de suas colegas do quarto (3), enquanto eu acho que a medicação que vem para mim não é a solução para meu problema. Não me sinto bem com as roupas do hospital porque não uso camisola tão curta assim. Há pouca comunicação com familiares porque moram longe e também as horas de visita não são ideais para nós porque de lá só vem um ônibus diário o qual chega às 11:30 e sai às 14:30 horas da tarde para lá. As pessoas aqui são legais mas eu tenho tanta dificuldade de compreensão porque prefiro falar alemão", Diz que constantemente é lembrada



quando do seu segundo parto esteve no hospital (foi sua primeira internação na vida) era muito frio e só tinha um cobertor fino. Pedi por mais um cobertor a 3 pessoas e não me atenderam o pedido. Quando de madrugada após um parto bruto - os melhores partos foram os que tive em casa com parteira prática - foram 7 em casa. O nono também foi no hospital e o atendimento foi melhor, mas lembro neste segundo parto quando então finalmente adormeci porque me sentia esgotada e acordando antes do amanhecer, meu corpo estava quase gelado. Para mim isto significava a morte e eu pensei que estava morrendo. Refere que desde aquela época vem desejando que nunca mais precisasse de internação. Pensei que Deus não ia mais permitir que voltasse a um ambiente onde possa ser exposta ao abandono de pessoas, de assistência e, principalmente para um tratamento que necessite de anestesia (Schlaf Drunk) pois, poderei morrer por uma superdosagem anestésica e isto sem familiar ao lado (aconteceu com um amigo meu). Sinto-me desencorajada, desanimada, sem forças (depressiva) e fraca desde que adoeci. Toda esta situação, o ambiente estranho (aqui eles são bons mas será que lá no outro hospital também são assim?), a demora das coisas se realizarem. Sabe: eu preferiria ir para casa e tomar os medicamentos lá até ter vaga neste hospital porque assim eu fico no meio de meus familiares". Ver questionário a seguir.

A paciente tem um irmão com diabetes e um irmão com hipertensão. Seus filhos são sadios. Tem uma vida familiar e conjugal harmoniosa e também seus filhos casados tem boa relação familiar. Gosta de ir à igreja e sente falta de uma pessoa para ler para ela a palavra de Deus e orar por ela.

Após este diálogo, orientação, ter-se colocado a sua disposição para qualquer auxílio e assistência espiritual a

mesma dormiu bem a noite e seu esposo de manhã veio ao encontro relatando que sua esposa não se apresentou ansiosa e não lamentou tanto porque ficou mais confiante em Deus e no pessoal que dará a ela assistência, principalmente ao saber que o anestesista vai dosar sua anestesia segundo sua tolerância e porque irá ficar permanentemente ao seu lado enquanto anesiada.

Permaneceu por mais alguns dias no hospital apresentando cefaléia intermitente, inapetente e dormindo melhor. Alegrou-se muito em conseguir licença hospitalar para aguardar vaga em HCR com seus familiares.

Questionário - Roteiro Referencial ao Plano Assistencial.

1. Considera-se doente? Sim.
2. Sabe o que tem? Sabe que tem um tumor que não é grave.
3. Procurou atendimento por conta própria ou alguém lhe sugeriu? Eu e meu esposo achamos necessário procurar o médico. Quando ele viu que o meu caso precisa de especialista ele nos encaminhou até aqui.
4. O que sabe sobre sua doença? Bem, eu sei que minha doença alterou toda a minha situação (emocional, sensação de fraqueza, desânimo). Acho que não vou suportar a cirurgia mas, agora já penso um pouco diferente e preciso refletir mais uma vez sobre tudo.
5. Gostaria de saber mais? Queria saber se não poderia ficar uma pessoa comigo no pós-operatório porque eu não conheço as pessoas de lá e pode não ter ninguém que entende o alemão, ou então a senhora não poderia pedir permissão a seu chefe para ficar comigo na cirurgia e até eu acordar?

6. O que acha do atendimento? Há opções para o tratamento? Acho que o tratamento com tão poucos medicamentos não vai resolver o meu problema. Se demorar muito a cirurgia pode rá agravar a doença. Acho insuportável ser jogada de um canto para outro e esperar tanto para as coisas se resolverem. Não há ninguém que possa fazer um pouco de pressão?
7. Notou alguma mudança com o tratamento? Desde o início da doença piorou a situação. Sim, (interrompeu o esposo) é porque o remédio não é o tratamento correto no caso dela.
8. Mudou alguma coisa em sua vida com a doença e o tratamento? O que? A doença mudou minha vida ativa. Fiquei muito ansiosa e temerosa. Às vezes até desconfio um pouco da capacidade do profissional de saúde. A doença me desligou muito de meu meio social onde me sinto bem melhor. Tenho apenas alívio momentâneo e as coisas não se resolvem.
9. Acha que o tratamento pode resolver seus problemas? Se o anestesista for prudente e os outros profissionais não me abandonarem, quem sabe poderei voltar a minha vida normal. Gostaria. Será que Deus não poderia me curar sem cirurgia. Qual a possibilidade de ser curada por meio da fé?
10. A doença lhe preocupa? Sim, porque não tenho certeza de minha recuperação.
11. Tem outras preocupações? A saúde do esposo, minha filha doente, casa muito longe, a demora para cirurgia, muita gente estranha.
12. Alguém depende de seu trabalho? Não diretamente, mas sempre cooperei ativamente nos afazeres do lar.
13. Gostaria de conversar em outra ocasião? Sim. Sempre que puder vir aqui e também que me viesse visitar no outro hospital.
14. Existe alguma coisa que gostaria de saber? Além do que já

disse, queria saber se é permitida visita no outro hospital.

15. Como sentiu-se respondendo este questionário? Gostei muito da conversa. Estou mais conformada agora e mais confiante. Até parece que as coisas ainda vão dar certo.
16. Tem alguma sugestão? Gostaria que você lesse a Bíblia para mim e que orasse por mim. Gostaria também de tomar a ceia do Senhor.

Terapêutica: dieta com 2 g de sal rica em fibras; hidroclorotiazida 50 mg 1 vez ao dia; aldomet 250 mg 12/12 horas; dipirona 40 gts. 6/6 horas s/n; SV.

Exames Complementares: radiografia com aumento da sela turca, artrose, esporões em calcanhares; ECG com extra-sístole ventricular; parasitológico com ancilostomídeo.

Conduta de Enfermagem: auxílio na terapêutica; visita e diálogo diário (paciente e esposo); SOAP e prescrição de enfermagem ; orientações gerais; diálogo com médico assistente da paciente; diálogo com enfermeira supervisora sobre o caso; intercâmbio com assistente social para aviso de vaga no hospital e a familiares; detectado a não constatação da paciente na lista de cirurgia do HCR em 04/11/87; assistência espiritual e apoio emocional; orientação para licença hospitalar e tratamento domiciliar; localizado por quatro vezes o médico responsável pelo paciente afim de marcar cirurgia com neurocirurgião no HCR a qual não foi marcada até término do nosso estágio porque médico responsável encarregou doutorando o qual pedido não foi considerado.

Identificação: T.B.A., sexo feminino, 71 anos, cor branca, brasileira, católica, analfabeta, do lar, terceira filha de 7 irmãos (4 homens e 3 mulheres), viúva há 43 anos, 6

gestações, 5 partos, 1 aborto aos 3 meses (7 dias após falecimento de seu esposo). É procedente de Águas Mornas.

Internada no HU em novembro de 1987 com queixa de fraqueza, dispnéia, ortopnéia, anorexia, nervosismo, insônia há um ano e diagnóstico de ICC e DM.

Há ± 3 anos iniciou com dispnéia aos grandes esforços com evolução progressiva sendo que há 2 meses vem apresentando ortopnéia, nos últimos 15 dias com tosse e expectoração esbranquiçada, edema de MMII que se acentua no final da tarde.

Refere tomar pouca água (1 copo ao dia, às vezes nada), quando diabetes descompensada toma aproximadamente 1 a 2 por dia. Relata constipação com evacuações de 3/3 dias quando faz uso de laranja. Em ausência desta leva até 8 dias sem evacuar. Urina normalmente 1 a 2 vezes ao dia de pouca quantidade. Eti lista durante 30 anos. Nega fumo.

Faz uso de digoxina 0,25 1 co. ao dia, isordil 10 2 co 3 vezes ao dia, lasix 2 co 2 vezes ao dia, trental 1 co 3 ve zes ao dia, daonil 1 co ao dia.

Há 3 anos primeira internação por problemas cardíacos, ± 6 internações subsequentes. DM há 9 meses. Na infância teve sarampo, coqueluche, hepatite, trombose venose MIE há 9 meses.

Relato espontâneo e dados biográficos: Pai falecido AVC, mãe falecida (não sabe a causa), 2 irmãos asma, nega HAS, DM, TB, Ca. Uma prima falecida há ± 1 ano apresentava a mesma sintomatologia da cliente. A mesma faleceu a sós em uma noite fria de inverno. Isto tem perturbado muito o seu sono, pois acha que poderá morrer da mesma forma. Quando à noite, após longas horas permanecer acordada começando a cochilar acorda logo, assustada, nervosa, "parece que meu nariz fecha e não consigo respirar. Penso então que vou morrer e me esforço en tão a ficar acordada porque lembro também, de outra prima que

morreu a sós há + 1 ano. Foi encontrada de manhã cedo, toda dura, de língua para fora e olhos abertos. Todos diziam que era castigo de Deus porque ela falava mal de todos e nunca pedia perdão a ninguém. Tenho medo que Deus possa me castigar desta forma mesmo que eu me esforço a não falar mal dos outros mas posso ter um pecado inconsciente, e, Deus, não sei se vai castigar assim também".

Lembra a sua infância que mamava até aos 5 anos mesmo que a sua mãe não tinha mais leite continuava a sugar o seio por tanto gostar do seio da mãe. Não sossegava, pedia, pedia e pedia até que a mãe deixava eu mamar onde fazia uso de um banquinho para alcançar o seu seio porque dava de mamar de pé. Depois não deixou mais porque ficou grávida. Os demais irmãos, quase todos foram amamentados até aproximadamente aos 3 anos. Todos em sua casa deixavam de usar fraldas bem cedo porque sua mãe não deixava as crianças molhadas e durante a noite acordava um por um e fazia cada um urinar no pinico. Assim logo acostumamos de acordar e chamar quando da necessidade de urinar.

Ninguém dos seus irmãos pode estudar por motivos financeiros. Os pais também não orientavam aos filhos sobre a vida sexual. Ela quando da menarca aos 17 anos pensou que era um mal causado por carregar muito peso, porque trabalhava pesado na roça. Tinha vergonha de falar à sua mãe até aos 19 anos , quando uma colega de sua mãe de recém-nascido e com problemas de saúde solicitou à sua mãe:

- Por favor, deixa a T. por algumas semanas comigo para me ajudar.
- Não, não, respondeu a mãe. Eu não posso deixar a T sair de casa porque ela ainda não é mocinha e se acontecer ela não vai saber o que é.

- Sim mãe (respondeu T), eu fico doente sim. Todo mês eu fico doente, já há 2 anos, mas eu sempre pensava que isto aconteceu por carregar muito peso.

Sua mãe então apenas disse que isto não era de carregar peso mas que isto ia acontecer mesmo, e vai ser sempre assim. Nunca sentiu dismenorréia e nega tensão pré-menstrual e leucorréia.

Quando conheceu seu ex-esposo, duas semanas antes do casamento, o padre orientou que eles tinham que participar do curso para noivos. Foi onde ele percebeu que nós dois não sabíamos de relação sexual. Aí ele explicou mais ou menos como era isto. Nós ficamos quase mudos. Ao sairmos de lá um olhou para o outro dizendo que até podia ser que isto não fosse coisa do outro mundo porque tanta gente casava. Após o casamento tentamos a relação e ambos achamos que era bom. Porém, meu esposo não sabia que a mulher menstruava. No início falava a ele que não me sentia bem para ter relação durante estes dias e ele então me respeitava o pedido sem perguntar o porque. O padre havia solicitado às freiras para se orientar sobre algo a mais o que me fez saber que a menstruação cessava quando de uma gravidez. Quatro meses após cessação da mesma meu esposo me perguntou ansioso assim: T., será que nós vamos ter família? Aí eu pedi que ele fosse comigo até a casa das freiras para explicarem a nós. Aí foi revelado o segredo e nós saímos os dois muito felizes. Eu sentia desconforto inicial e após normalizou tudo. Tive 5 filhos em casa de parto normal vivendo sempre feliz e bem com meu marido. Amamentou todos os filhos até aproximadamente aos 3 anos quando interrompidos por nova gestação. Quando da sexta gestação, no terceiro mês, meu marido teve acidente de caminhão. Viveu ainda por 7 dias internado no HC, consciente o tempo todo e eu sempre ao seu la

do. Eu parece que presenti a sua morte com grande tristeza e preocupação, porque nossos filhos ainda eram pequenos. Ele sempre dizia que não vai morrer. No sexto dia o médico, após insistir, me disse que estava fazendo necrose de vísceras e que ia morrer. Antes disto, ele nunca esteve doente. Nunca foi preciso eu fazer um chá para ele. No sétimo dia, muito pá lido, pediu canja de galinha o que acendeu em mim a esperan ça que ele vai é melhorar. Quando a freira trouxe a sopa ele recusou e me pediu um cigarro. Dei o cigarro e ele disse: não, é uma vela e fósforo que eu quero. Dei a ele e ele acendeu a vela. Jogou o fósforo ao chão, pensou que jogou na cama e que ia pegar fogo. Sentou-se e certificou-se que caiu no chão, en tão reclinou a cabeça no travesseiro e fechou os olhos morren do. Assim ele se despediu de mim ... Cliente chorou amarga mente. Para poder sustentar os meus filhos e sobreviver, o pa dre ajudou-me vendendo o caminhão por um bom preço que lucrou a compra de uma venda. Todos da região faziam a compra na mi nha venda por pena de mim. Assim tive bom rendimento podendo logo comprar 4 vacas leiteiras, passando também a vender 20 litros de leite ao dia. Desta forma pode até dar 4 anos de es tudo a cada um dos meus filhos. Fui orientada a não mais ca sar se conseguisse viver sem marido, isto para evitar proble mas com os filhos meus de filhos de um outro homem. Não me arrependi por ter ficado sem casar-me novamente. Tenho hoje meu sustento a partir da aposentadoria minha e a do meu mari do. Não tive também liberdade a dar educação sexual aos meus filhos. Para que minhas filhas fossem orientadas sobre a me narca solicitei uma tia minha que era boa orientadora neste sentido. Os filhos, acho que aprenderam com seus colegas. To dos estão casados e bem de vida.

Menopausa aos 63 anos sem necessidade de tratamento mé



dico. Sempre foi católica praticante e sempre encontrou auxílio em necessidade pela igreja. Espera muito poder melhorar e ficar mais tranquila. Após falar sobre sentimento de culpa, perdão, amor e previsão divina individual para cada pessoa ficou mais calma e mais conformada também sobre a morte. Conseguiu, também com uso de diasepínicos dormir melhor, onde sentiu-se mais aliviada e confiante. Melhorou da dispnéia, alimentou-se pouco por anorexia, com constipação, involução do edema<sup>ca</sup>. Gostava muito de dialogar e de ser ouvida por alguém que lhe desse atenção e compreensão como também conforto espiritual. Referiu grande satisfação pela forma como foi atendida pela equipe de saúde durante a participação da Dinâmica de Grupo.

Terapêutica: dieta com 1800 cal. + 2 g de sal; lasix 2 co 2 x ao dia; digoxina 1 co ao dia; aldactone 100 1 co ao dia; isordil 10 2 co de 6/6 horas; liquemine 1 amp 12/12 horas; valium 10 1 co a noite; SV de 6/6 horas (PA 9 X 5 - 11 X 7 mmHg, P 88 - 108 bat/min, T 35.5 - 36,4°C); diurese 24 horas (4 a 5 vezes ao dia); glicosúria (mantendo em zero).

Exames: ECG com sobrecarga de câmaras esquerdas; parasitológico: trichuris trichiura +; hemograma: sem anormalidades; Hb - 13,6; Ht - 40%; bioquímica: glicose 125 (70-110 mg/dl); bilirrubina T 1,52 (0,20 - 1,20 mg/dl); bilirrubina D 0,71 (0,10 - 0,40 mg/dl); bilirrubina I 0,81 (0,10 - 0,80 mg/dl); demais dados sem alterações; urina: proteína - pos. + , glicose - negativa, Hb +, C. cetônicos: -, Cels epit. 30.000 (até 15.000 p/ml), Leucoc. 78.000 (até 10.000 p/ml), hemácias 20.000 (até 4.000 p/ml), Cil. hialinos 400 (até 400 p/ml) , bacterúria: intensa, Fil. muco: presentes, cristais: uratos amorfos.

Conduta de Enfermagem: visita e diálogo diário; apoio

emocional; assistência espiritual; convidada para Dinâmica de Grupo; orientação sobre influência emocional e insônia; discussão com funcionários sobre a insônia da paciente (patologia e fator emocional).

Identificação: A.N.M., 85 anos, brasileira, sexo feminino, cor branca, viúva, do lar + lavoura, analfabeta, católica, procedente de Alfredo Wagner, natural de Tijucas.

Internada em 13/10/87 com diagnóstico de Hidronefrose, referindo dor intensa e contínua em HD com irradiação para o dorso "em fisgada" sem alívio com uso de analgésicos. Refere dor abdominal há 2 anos com várias internações sem chegar ao diagnóstico. Relata náuseas, tosse com expectoração amarelada, perda de peso (?), anorexia, dor lingual. Constipação por até 1 semana, diurese diminuída, insônia por dor, pele seca. PA - 150 X 90 mmHg. Acuidade visual diminuída, surdez unilateral em O.E. Nega vícios (álcool e fumo).

História familiar: Pais falecidos. Não lembra quantos irmãos tem, "deve ser uns 14 a 15 irmãos. Depois que se espalharam muito, até pelo Paraná eu perdi o contato com eles e acabei esquecendo deles". Lembra que uma irmã é diabética. Nega asma, HAS, cardiopatia. Esposo faleceu há aproximadamente 6 anos decorrente de eczema em todo corpo, menos na face. Ficou mais acamado por vários anos e no final necessitou assistência integral. Não tinha nem controle de esfíncter anal e vesical. A paciente nasceu de parto normal e foi amamentada. Não estudou, nem seus irmãos estudaram porque a escola ficava muito longe de casa. Ela teve 14 filhos (9 homens e 5 mulheres) e 4 abortos. Todos nasceram em casa e sua mãe fez o auxílio a parto. As crianças choravam logo ao nascer. Todos são saudáveis e foram amamentados por aproximadamente 3 anos. Quando

da sétima gestação, no 6º mês de gravidez adotou uma menina de 3 meses, filha de sua prima a qual não teve condições de criá-la porque estava grávida e seu esposo faleceu. Mais tarde adotou mais dois meninos. Os dois eram netos. Um deles, de sua filha solteira, que morreu de morte súbita aos 5 meses. Foi sempre sadio e muito gordo quando de repente um dia de manhã apresentou choro estranho. Sua filha é quem cuidava dele, trocava suas roupas e dava comida. Aí a criança foi levada ao farmacêutico, medicado mas logo "na boca da noite morreu". O outro também de sua filha, mas está casada só que com poucos recursos. Não ganhava muito trabalhando com jornal. A criança teve a doença "do mingo, sabe, do macaco", aí peguei e criei. Hoje está sadio, casado já, tem filhos e me estima muito. Refere que ela mesmo nunca sofreu necessidades mesmo tendo que criar e sustentar tantos filhos. Apenas suas filhas moças aprenderam a ler e escrever um pouco porque também a escola ficava longe. Após falecimento do marido venderam sua casa e lavoura. "Cada um recebeu sua parte. Ninguém deu nada pra ninguém". Eu hoje vivo num barracão com meus filhos. Dinheiro que tinha gastou tudo com a doença.

Seus filhos foram criados mais sob autoridade sua porque seu esposo não era capaz de dar um tapa a um filho. Converso sobre tudo com meus filhos apenas mantendo segredo sobre sexo. Todos tem respeito por mim. Sempre gostei de trabalhar. Não teve contato social extra-familiar. "No nosso tempo ninguém incomodava ninguém. Cada um vivia na sua própria casa e cuidava de sua família. Hoje em dia um fica encomodando o outro. Até segredo não há mais. Crianças sabem tudo. Não há mais respeito. Em certas casas a gente nem sabe mais quem é mãe e quem é a filha porque filhos, às vezes, mandam mais que os pais".

Teve sua menarca aos 16 anos "onde pulei no rio ficando até a cintura debaixo da água porque tinha nojo". Sua mãe havia avisado que ocorre menstruação mas não orientou nada além sobre sexo. Seu ciclo sempre foi regular de 30/30 dias. Nega tensão pré-menstrual e dismenorréia. Nega leucorréia. Iniciou vida sexual ativa a partir do casamento com prazer sexual sempre. Nunca fez uso de anticoncepcionais e não evitava filhos. "É Deus quem manda quantos filhos cada um deve ter e é ele também que manda a doença. Veja, não peguei doença do meu marido, sempre dormindo na mesma cama. Fui até advertida em não dormir com ele mas eu não ouvi e não fiquei doente. Sempre me entendi bem com ele. Ele era apenas etilista e fumante social. Não me prejudicava".

Sua menopausa passou despercebida. "Parou de repente. Nem lembro quando e não senti nada".

Teve todas doenças da infância, inclusive caxumba. "Fui sempre muito forte. Recuperei tudo sem tratamento médico".

Na vida religiosa sempre foi católica praticante. "Atualmente espero que Deus tenha misericórdia de mim, tomando minha dor, como eu tive misericórdia de muitos, ajudando sempre quem eu tive que ajudar. Já estou mais animada porque desde que tirei RX sumiu toda dor no corpo. Só não consigo comer ainda porque parece que a comida cresce na boca e não consigo tomar água porque não tenho vontade. Minha boca é seca e eu sempre molho com um pouco de água. Não sou de forçar a comida e água se não tenho vontade de comer".

No início da internação referiu tontura, cefaléia, lombalgia, dor em flanco E e D, em HD, dor abdominal com irradiação em tórax anterior. Refere angústia por não apresentar melhora da dor. Relatou fraqueza, dor em MMII, desconforto pela posição no leito, descontente com o tratamento, dor em região

cervical.

Após exame radiológico não apresentou mais dor anteriormente relatada com apenas dor lombar a qual a paciente atribuía ao longo período de acamada. A suspeita foi de que tivesse tido um cálculo renal que foi deslocado e até eliminado após exame. Paciente apresentou-se bastante satisfeita prevalecendo porém anorexia e perda de 3 Kg de peso em 23 dias. Após ter sido orientada sobre importância de ingestão hídrica chegou a ingerir 1 jarra de água em uma tarde, embora com esforço, expressou-se vitoriosa sobre o acontecido. Referiu também que sua diurese aumentou após ingestão de água.

Teve alta aos 05/11/87 com hidronefrose indefinida por cintilografia, suspeita de eliminação de cálculo renal e com encaminhamento para controle ambulatorial.

Terapêutica: dieta com 2 g de sal; SG 5% 200 ml em 24 horas; neo cebetil 1 amp. no 1º soro; buscopan composto 1 amp em cada SG; voltarem 1 amp 12/12 horas; lasix 1 co ao dia ; controle de peso e diurese; e trat. em equimoses de infusão venosa.

Exames: urina com proteína positiva, leucócitos 26.000 (até 10.000 p/ml), cilindros granulosos 14.000, discreta bacterúria, presença de filamentos e muco; bioquímica de sangue normal; hemograma com leucócitos de 17.200; ECG com bradicardia sinusal, sobrecarga VE; bioquímica: uréia 73 (15-40 mg/dl); bacteriologia de urina - negativo; bioquímica: uréia 66 (15-40 mg/dk), creatinina 1,37 (0,40-1,30 mg/dl), glicose 171 (70-110 mg/dl); citoscopia: sem anormalidade; cintilografia: hidronefrose indefinida; urografia: hidronefrose à D; ultrassom: sem resultado; RX abdome + urografia; cintilografia tireoidiana.

A urografia repetida com ausência de cálculos, urete

res normais, discreta compressão no feto vesical (compressão de útero ou cálculo radiopaco?). Grande resíduo pós miccional (indicados ultrasonografia pélvica e renal).

RX coluna lombo-sacra com osteoporose, redução do espaço discal entre L5 - S1, esteófilos lombares e pedículos íntegros.

Após cateterização das vias excretoras pelo urologista refere melhora do quadro álgico.

A cintilografia tireoidea com nódulo frio de tireóide.

Conduta de Enfermagem: levantamento de dados; SOAP + prescrição de enfermagem; visita + diálogo diário; auxílio na terapêutica; observação e orientação geral; apoio emocional e espiritual; discussão com médico, assistente e enfermeira supervisoras; orientação para alta e retorno ambulatorial.

Identificação: M.J.M., 87 anos, sexo feminino, cor branca, casada, 4 filhos, do lar, brasileira, não frequentou escola mas aprendeu a ler e escrever com sua mãe em casa. É procedente de Coqueiros e foi internada no HU em setembro de 1987, sendo sua primeira internação neste hospital após procurar emergência devido dores em região epigástrica tipo cólica, com irradiação ao hipocôndrio D, acompanhado de vômitos biliosos. As dores aliviam com colocação de bolsa quente e posição em decúbito lateral D. Apresenta diminuição da audição há vários anos em ambos ouvidos, fez consulta e médico disse que era dilatação do nervo auditivo. Faz uso de Stugeron 1 co ao dia e Higroton 50 mg 1 co 3 x/semana há 3 anos devido HAS. Apresenta catarata congênita em O.E. e mais acentuada em O.D. Nega uso de fumo e álcool. Ingere poucos líquidos e há algumas semanas não tolera alimentos gordurosos e café adoçado por causar eructações frequentes. Com abdome globoso, rí

gido e doloroso à palpação. Há 3 dias sem evacuar sendo seu hábito normal de evacuações diárias e características normais. Insônia desde o início do quadro atual. Ausência de dentes na arcada dentária inferior os quais perdeu aos 18 anos quando acometida de escorbuto.

Teve uma internação no HCS por ocasião de sua menopausa quando dores reumáticas em MID onde fez tratamento e nunca mais apresentou esta dor (sic).

História Familiar: marido 1 episódio de AVC, pai falecido (Ca. gástrico?) e mãe falecida por pneumonia. 4 irmãos com catarata congênita.

Não sabe informar sobre sua infância e puberdade como sobre doenças deste período. Refere não ter tido problemas quanto a sexualidade embora não tenha tido problema para tal. Bom relacionamento familiar.

Ao primeiro contato paciente refere que estranha muito o ambiente hospitalar mas admira e confia totalmente na equipe de saúde. Aceita qualquer intervenção embora tem muito medo de uma possível cirurgia porque é sempre um risco de vida (não quer ainda morrer) e "pode levar defeito" pois um de seus irmãos fez cirurgia de catarata e perdeu a visão.

Foi muito cooperativa nos cuidados, referia submissão de sua parte à equipe, agravou estado na segunda noite de internação e teve morte súbita a qual chocou muito seus familiares. Estes embora chocados com a morte inesperada, emocionalmente equilibrados referiram incompreensão para com a morte dela.

Exames: bioquímica - uréia 94,1 (15-40 mg/dl), creatinina 3,2 (0,4-1,3 mg/dl), GOT, GTP e bilirrubinas: normais, hemograma: 20.300 (5.000-8.000); hematócrito - 39%; hemoglobina - 13,2; glicose - normal; amilase - normal; urina - nor

mal.

OBS: Diagnóstico de Colecistite Aguda.

Terapêutica: SG 5% 2.000 ml em 24 horas; SF 500 ml em 24 horas; KCl 19,1% em cada SG de 500; Plasil 1 amp EV de 6/6 horas s/n; baralgin 2 ml EV de 6/6 horas s/n; cloranfenicol 1 g EV de 8/8 horas; SV de 6/6 horas (PA 10 X 6 mmHg, T. 36,6°C).

Conduta de Enfermagem: histórico de enfermagem, diálogo dirigido sobre a morte; apoio emocional; apoio espiritual; diálogo e apoio emocional aos familiares.

Identificação: N.S., 71 anos, sexo feminino, do lar, branca, brasileira, viúva, católica, analfabeta, natural e procedente de Ganchos, cidade de Governador Celso Ramos.

Internou no dia 08/10/87, sendo sua primeira internação hospitalar com queixa de dor pré-cordial, iniciou há aproximadamente 1 semana, inicialmente interna evoluindo para progressiva piora do quadro doloroso, culminando com forte dor pré-cordial no dia 07/10, não cedendo com medicação. Teve vômitos e náusea, sudorese, intensa palidez e tonturas. Atendida no HCR e diagnosticado IAM. Encaminhada ao HU, permaneceu na UTI por 4 dias e após foi transferida para clínica médica feminina.

História Familiar: pai era autoritário. Sua mãe sofreu com ele. Mais tarde o pai (pescador) abandonou o lar. Sua mãe faleceu por "doença de família" quando N.S. com 10 anos. Eram muito pobres, "vida muito dura", crianças trabalhando desde cedo. Os filhos então foram criados em casa alheia onde passaram muita fome. Permaneceram vivos ela e mais um irmão de 7 irmãos da família. Um irmão morreu de morte súbita o que a deixou muito preocupada, chorando fácil e ansiosa. Ela quando



nasceu não foi amamentada, nem N.S. amamentou seus filhos. Nunca estudou por questões financeiras e por distância da casa à escola. Morou com avós e tias. Logo que a vó morreu ela casou com aproximadamente 16 anos. Não sabe informar sobre doenças da infância, menarca e início da vida sexual ativa. Teve 6 filhos, (4 fêmeas e 2 machos). Seu marido era lavrador. Ela é viúva aproximadamente a 12 anos. Não pode dar estudo aos seus filhos pelas mesmas condições que a impediram de estudar. Atualmente refere medo de morrer, com constantes dores pré-cordiais que por vezes se acentua. No hospital foi medicada com placebo. Relata que após este aliviou ansiedade, porém, a dor permaneceu. Pretende parar de trabalhar e morar com sua filha em Itajaí e vai cuidar do neto porque acha que já sofreu muito com trabalho pesado. Acha que seu estado não permite assumir trabalho realizado no ritmo anterior da internação. Acha que não tem condições de alta por motivo da dor. Apresentou-se apática, sonolenta e nervosa com tremores em MMSS. Refere tontura à deambulação e tem receio de cair. Quando da participação da dinâmica grupal apresentou extrema ansiedade acompanhada de tremores, gesticulações, principalmente quando próximo da sua vez em apresentar-se ao grupo, sendo necessário encaminhá-la ao seu leito.

Terapêutica: UTI - SG 5% 1000 ml a 12 gts., KCl 19,1% 5 ml em cada SG, Sol. dolantina 2 ml s/n, persantin 75 2 amp. 12/12 horas, plasil s/n, monitorizado; Atual: dieta livre, propranolol 40 mg 1/2 co 8/8 horas, adalat 1 co 8/8 horas quando PA cima de 90, voltaren 50 1 co 8/8 horas, diazepam 5 mg 12/12 horas, sustrate 1 co 6/6 horas.

Exames: Bioquímica sem anormalidades; hemograma: leucócitos 6.700 (5.000-8.000), bastonetes 536 (100-500), segmentados 5.226 (3.000-6.500), linf. típicos 871 (1.000-3.000), eri

trócit<sup>3</sup> 4,7 m/mm<sup>3</sup>, hematócrito 41%, hemoglobina 13,5 g/dl; bioquímica: glicose 168 (70-110), potássio 3,2 (3,5-5,0 mEq/l), CK 206 (10-70 U/I), CK - MB 33 aparência até 10 UI, LBH 205 (80-240 U/I), GOT (AST) 50,5 (4-36 UK); IAM em evolução de parede ântero septal. Isquemia epicárdica da parede alta; IAM em evolução de parede ântero septal. Isquemia epicárdica ínfero lateral. Pericardite aguda após IAM.

Conduta de Enfermagem: levantamento de dados; visita diária e diálogo; apoio emocional; orientação sbre patologia e alta; estimulada a participar da Dinâmica de Grupo; discussão com psicólogo e médico orientador sobre terapêutica adotada; discussão do caso com enfermeira (placebo).

Identificação: B.S., 65 anos, sexo feminino, solteira, brasileira, do lar (aposentada), católica, 1º grau incompleto, procedente de Laguna.

Internada no HU, em outubro de 1987 por intoxicação digitalica, (digoxina 1 co 3x ao dia + dilacoron há 5 dias) medicada no Emergência do HCR. Apresentou queixas de diarreia, vômitos, dispnéia, ortopnéia, taquicardia (150 bat/minuto), mal estar, fraqueza, com distensão abdominal, ardência miccional, PA 160 X 100 mmHg, FR 30 mpm. Com observação de F.A. (fibrilação atrial) paroxística, antecedente de asma brônquica (?), insuficiência coronariana?, HAS, hemorróidas, DPOC compensada. Presença de incisões cirúrgicas, (úlceras gástrica, vesícula, hérnia, apêndice e retirada de epiderme para enxerto).

Exames: ECG com fibrilação atrial, sobrecarga ventricular E. + alterações difusas da repolarização ventricular; ECG alterações difusas da repolarização ventricular; exame urina: céls. epit. 22.000 (até 15.000), leucócitos 48.000 (até

10.000); bacterioscopia: cocos gran positivos em cadeias, poucos bastonetes em gram negativos; cultura: *echerichia coli*; parasitológico fezes: negativo; hematócrito: 51%; hemoglobina: 16,8; bioquímica: normal.

Terapêutica: dieta pobre em gordura c/ 2g de sal; SG 5% 1000 ml E.V. a 18 gts. por minutos; Kcl 19,1% 15 ml em cada SG; valium 5 mg 1 co; plasil 1 amp EV s/n; O<sub>2</sub> nasal a 2l/min.; diurese de 24 horas; monitorização contínua; kaomagna 15 ml (s/n); quinocardine 2 co após 1 co 2/2 horas (total 6 co); aldrex com TSM 1 colh. de sopa 4 vezes ao dia); luftal 40 gts. 8/8 horas; hidroclorotiazida 50 mg 1 co ao dia; fura semida 40 mg 1 co ao dia; S.V.; bactrin 2 co de 12/12 horas; K cl 15 ml 3 vezes ao dia.

O contato com esta paciente foi apenas uma entrevista no dia de sua alta e interrompida pela saída da mesma da Instituição.

Vale observar que a procura de diálogo por parte da paciente foi possivelmente causada pelo fato de um integrante de nossa equipe ter estado presente em seu quarto por ocasião da visita médica. Quando da mesma a paciente, dirigiu-se à médica perguntando se ela que daria sua alta e se daria uma receita quando recebeu a seguinte resposta: É, desta vez sou EU que darei a sua receita e é desta vez que a senhora só vai tomar aquilo que eu lhe receitar e não a droga que a senhora achar boa para tomar, porque a sua fama já chegou de Laguna a Florianópolis. Até aos nossos ouvidos já chegou sua fama de gostar de drogas. Larga de tomar qualquer droga por conta, ouviu? (paciente silenciou sem resposta).

No mesmo dia, meio dia e antes da saída nossa do hospital, uma de nós foi ver e despedir-se de outra paciente do mesmo quarto, quando ao sair, B.S. solicitou atenção para uma

pergunta apenas. A mesma proferiu: "veja bem, esta senhora, sua paciente está almoçando. Está-se servindo da comida sozinha. Caso ela não pudesse fazê-lo sozinha e alguém lhe desse a comida na boca e a mesma lhe fizesse mal. O que você me diria?".

Citaremos as referências (iniciais e no transcorrer do diálogo) para dar ênfase à prática da medicina psicossomática "medicina do terceiro ouvido", isto é, ouvir atrás das pálavras.

A mesma disse. Não foi comida, mas foi remédio que me deram na boca o que me fez mal e é por isto que eu estou aqui. Além de me darem os remédios na boca, os quais já não quis mais tomar porque estava sentindo que me fizessem mal, eu fui obrigada a tomá-los, sem ver o que estava tomando. Fui tratada como uma criança, sem direito de saber o que estava tomando e por que estava tomando tudo aquilo. Cada vez mais fiquei pior e acabo saindo do hospital com fama de uma mulher drogada. Já não basta morar num lugar conhecido por gruta dos drogados e com suspeita de fazer uso da mesma por morar lá. Ainda foi preciso vocês aqui pensarem de mim do que não faço uso. Você ouviu o que a médica disse. Deixa-me contar um pouco da minha vida para desabafar um pouco.

Há 7 dias que fui levada pelo meu irmão ao HCR, não teve vaga e quem realmente conversou com o médico foi mais o meu irmão, único irmão que tenho e que não me aceita, ele me odeia, ele que conversou muito tempo com o médico sobre o meu caso e ele que levou a receita minha sem mostrá-la para mim. Eu apenas por pouco tempo entrei no consultório onde o médico viu a minha pressão, pulso e ouviu o meu pulmão. Dirigiu as perguntas ao meu irmão e logo fui despedida. Meu irmão me levou à sua casa para dar os medicamentos e observação. Fiquei

num sofá estragado, estreito porque não deu para abrir e as sim mal acomodada todos estes dias ou meu irmão ou então mi nha cunhada dando-me os comprimidos na boca. Quis pelo menos pegá-los na mão e nem isso deixaram. Disse que os comprimi dos estavam me fazendo mal pois tive náuseas, tonturas, cefaléia, vômitos de depois diarreia. Insistiram em que os tomas se porque era receita do médico, diziam, e que tinha que to má-los. Um era pequeno e eu desconfio que foi digoxina porque já os tomo a tempo prescrito pelo médico cardiologista de Cu ritiba. Trabalhei em casa de uma médica e ela me encaminhou ao cardiologista e ele me receitou este comprimido, mas, é só um por dia que eu tinha que tomar sempre. Agora me derem 3 por dia além de outros comprimidos que não sei informar o que era. Até que viram que eu estava mal mesmo e me trouxeram de volta ao HCR. Como não teve vaga lá o médico me mandou para cá onde fui para a UTI.

Refere a paciente que ela é rejeitada por seu irmão desde há 15 anos porque o mesmo queria que ela trabalhasse co mo empregada para ele porque tinha adotado um filho para criar. Como ela não aceitou, porque não achou certo ser empre gada do próprio irmão ela passou a não existir mais para ele. Mesmo quando realiza visita na casa dele, logo ao chegar sen te que não é desejada o que a fazem a não prolongar sua visi ta além de 15 a 20 minutos. Meu irmão ficou responsável por me dar uma casa (herança?) e ele me deu um aluguel de uma ca sa que nem divisão não tem. É muito pequena de apenas quatro paredes. Em dias de chuva molhava muito e eu investi da minha aposentadoria para introduzir melhora, fechando onde ouve va zamento e pintando-a um pouco. Só que o terreno em volta é pe rigoso, principalmente em dias de chuva porque enche de água e tem uma fossa antiga aberta próxima. Fico com muito medo de

sair de casa e não localizar o buraco em meio da água e cair dentro, me afogando na mesma ou então às vezes eu penso que a água acaba arrastando a minha casa para dentro da mesma, que o buraco é muito grande. A vizinhança de lá é muito supersticiosa e faz feitiço contra mim. Colocam até urina em frente a minha porta. Sou observada sempre. Não tenho liberdade. Fico muito nervosa a ponto de sentir o coração batendo forte e rápido, me dá tontura, náuseas e dor de cabeça, a minha pressão sobre. O único lugar que eu vou é na capela onde fico rezando e alivio um pouco a minha tensão. Faço tanto pensamento positivo para meu irmão a fim de que me dê a casa que me prometeu mas os anos passam e ele não dá sinal. Eu vejo como ele carrega a sua empregada na palma das mãos e porque rejeita eu que sou sua própria e única irmã? O único atendimento e atenção que ele me dá é quando eu estou doente em me levar para o hospital e buscar no dia da alta. Eu queria é sair morta deste hospital e não voltar viva para aquele lugar. Pago apenas 100,00 de aluguel mas eu preferiria uma casa pelo menos um pouco melhor que esta, pagar um pouco mais e não ser observada e maldita pela redondeza toda. Não tenho nem sossego para comer. Tenho um espelho em direção contra a janela e sempre vejo que até na hora de minhas refeições tem gente me olhando (a janela da casa é baixa). Tenho medo que o feitiço contra mim possa me prejudicar. Será que faz mal a uma pessoa? Gostava muito de trabalhar com a doutora em Curitiba, ela gostava do meu serviço mas, com minha doença e idade tive que me aposentar. Isto foi minha miséria, só que poderia ser melhor se meu irmão e cunhada não me rejeitassem assim. Nesta situação não vou ficar boa, não posso me sentir bem. Sei que vou ficar mais doente do que sou. Tenho agonia em lembrar que tenho que ir para casa.

Observando a paciente após suspensão da fluidoterapia no hospital e com a involução do quadro de intoxicação ela dialogava com as demais paciente do quarto (03) e as auxiliava em suas necessidades além de confortá-las e animá-las a pensar positivamente. Apresentava-se emocionalmente equilibrada e satisfeita, não comentando sobre sua vida e particularidades até desabafar sua angústia por ser rotulada de drogada no hospital. As pacientes do seu quarto gostaram muito dela no quarto e disseram que ela é muito bondosa. Lamentaram sua saída.

Conduta de Enfermagem: ouvir a paciente; discussão com psicólogo sobre o caso o qual sugeriu que a paciente poderia, se detectado seu problema antes da saída, ser encaminhada ao serviço de assistência social para contatar seus familiares (irmão e cunhada) para encaminhamento de providências justas.

Identificação: M.M.F., 30 anos, solteira, do lar, católica, branca, primeiro grau incompleto, sexo feminino, brasileira, natural e procedente de Tubarão. Internada pela terceira vez nesta instituição, em 20/08/87, encaminhada de Tubarão, a qual ficou hospitalizada 45 dias. Deu entrada no HU com queixas de tontura, edema generalizado (anazarca), palpitação e deambulação (taquicardia), dor pré-cordial, tosse moderada, ocasional, congestionamento nasal, dispnéia discreta, dor no fígado (hipocôndrio direito), inguinal D e E, membros inferiores, cefaléia occipital, algia por todo corpo, leucorréia esbranquiçada de média quantidade com odor fétido, prurido, disúria, amenorréia, hepiderme com coloração acinzentada. Internada várias vezes para fazer sangrias, devido aumento de ferro sérico. Faz uso de Cimetidina, hidroclorotiazida, valium, capoten, dorflex, baralgin, isordil. Apresentando diagnóstico

de Hemocromatose, D.M., amenorréia, úlcera duodenal, duodenite leve, gastrite, I.C.C., miopia, hipogonadismo hipogonadotrófico e hipotrofia genital.

História Familiar: Há aproximadamente 3 anos foi internada por úlcera gástrica (S.I.C.), ocasião na qual foi dectado hemocromatose. No início a doença me preocupava muito, fugi várias vezes de realizar exames para não confirmarem o diagnóstico, não queria aceitar a possibilidade de estar doente. Três irmãos possuem a mesma patologia, dois deles são falecidos, uma irmã com 37 anos e um irmão com 42 anos, e um outro irmão que está vivo, tenho um bom relacionamento com ele e sua família, às vezes saio de casa, na qual convivo com minha mãe e dois irmãos (crianças), tenho 11 irmãos vivos e 5 abortos. Apesar de receber minha pensão, me sinto uma inválida, não permitem que eu faça nada dentro de casa, muitas vezes fico irritada e nervosa, me perguntando porque eu, "estou ro" com as pessoas, saio de casa, vou à casa de parentes onde fico algum tempo, lá me sinto mais livre, ajudo nos serviços. "Todos são bons, eu é que sou ruim". Tentei suicídio usando diazepam 60, rohypnol 40, veneno de rato, cumarim, me sentia muito revoltada pela dependência que a doença poderia causar; o psiquiatra até me aconselhou a sair de casa, ficar mais longe da família.

Hoje estou informada das consequências desta doença, ocorre um comprometimento bastante grande, o qual já tenho, (cirrose, D.M., problema renal), "às vezes fico toda inchada, tenho que tomar diurético, não menstruo, sinto palpitações e dor por todo o corpo. Sei que enquanto tiver condições de fazer sangrias poderei viver algum tempo mais, desta vez foi necessário realizar fístula artério venosa. Sei qual meu problema, mas não me considero doente, "senão acabo pirando de vez",



"coloco na cabeça que estou legal", após as sangrias me sinto muito fraca "roubo" comida dos outros, pois sinto muita necessidade, principalmente de feijão, não consigo respeitar a dieta, fico irritada, fúmo demasiado, acabo agredindo as pessoas, como ocorreu aqui no hospital, por condenarem minha atitude, o ambiente fica insuportável, por isso vou pedir alta.

Evolução: paciente internada para dar continuidade ao tratamento (sangrias), a qual não realizava a 1 ano. Cliente bem orientada, encaminhada a biblioteca para pesquisar sobre sua patologia, solicitando que a mesma orientasse um grupo de alunos sobre sua própria doença. Apesar de tentar aceitar sua situação, revolta-se contra sua própria condição e limites, não consegue permanecer muito tempo em um único ambiente, torna-se irritada e termina por agredir as pessoas, tumultuando o ambiente. Pedindo alta, aproximadamente dois dias após pequena cirurgia, com braço D edemaciado, sensação dolorosa acentuada, mobilidade prejudicada, cefaléia, astenia, prurido no abdome, extremamente irritada pelo incidente, relacionamento com dieta (não aceitando a mesma por achar que esta estava errada, agredindo funcionários verbalmente e chutando a bandeja, sendo repreendida pela sua atitude).

Exames: parasitológico: negativo; urina: glicose: +++; corpos cetônicos: +; Hemograma: hematócrito: 48%; hemoglobina: 16; bioquímica: glicose: 329 (70-110 mg/dl); proteinograma: normal; ECG: taquicardial sinusal; bacteriologia urina: negativo; RX do tórax: sem anormalidades; cateterismo cardíaco: insuficiência mitral de grau moderado; bacteriologia secreção vaginal: Trichomonas e leveduras raros.

Terapêutica: dieta para diabetes com 1.800 cal. e 2 gr. de sal; insulina NPH 60u às 7:00 horas; hidróxido de alumínio com TSM 15 ml., 11 horas e 3 horas após refeição; glicosúria

6/6 horas; insulina regular: glicosúria +=0, +=4u, +++=8u ,  
 ++++=12uM rohypnol 1 comp. 22 horas; plasil 1 comp. 30 minu  
 tos antes das refeições; capoten 25 mg 1 comp. V.O. 12/12 ho  
 ras; dipirona 32 gts. V.O. (s/n); S.V.; controle de diurese;  
 luftal 35 gts. V.O. 1 vez ao dia; valium 5 mg 1 comp. V.O. 12/  
 12 horas; equilid 1 comp.; lasix 2 amp. I.V.; isoldil 5 mg.  
 SL; cedilanide 1 amp. IV; baralgin 35 gts., 30 minutos antes  
 das refeições; dorflex 1 amp. 8/8 horas; novalgina 40 gts. V.  
 O. 6/6 horas.

Conduta de Enfermagem: entrevista dirigida; visitas  
 diárias; diálogo informal; discussão do caso com enfermeira  
 supervisora; discussão do caso com psicólogo; orientação so  
 bre tabagismo e suas possíveis consequências para a paciente.

Identificação: M.D.A., 38 anos, sexo feminino, do lar,  
 casada, 3 partos, 2 filhos vivos e 1 natimorto aos 8 meses,  
 procedente de Roçado, São José.

Internada aos 10/10/87 com diagnóstico de insuficiên  
 cia coronária aguda e queixa de dor pré-cordial prolongada,  
 tontura, cefaléia, ansiedade, vômitos, náuseas e anorexia. Há  
 + 30 dias internada no Hospital Florianópolis (HF) por IAM  
 apresentando dor pré-cordial tipo "queimação" que aumentou  
 aos esforços e irradiava para MSE com duração + de 4 horas.

É diabética, hipertensa, apresentando angina após IAM.  
 Não segue tratamento médico para HAS e DM de + 4 anos porque  
 faz uso de chás próprios para estas doenças. Faz uso de Ada  
 lat 1 com. de 12/12 horas, propranolol 40 mg/dia, daonil 1  
 comp. ao dia desde há 15 dias.

Refere hipermenorréia há 4 anos, atraso menstrual de 4  
 dias. Realizou curetagem uterina + 2 anos. Relata DPI. Seu  
 pai falecido por IAM, irmã falecida por Ca. de pulmão, 2 ir

mãos HAS. Nega fumo e álcool.

Paciente não deseja mais engravidar devido problemas cardíacos e risco que ocorre com o parto. Foi encaminhada à ginecologia para avaliar esterilização. Avaliada pela cardiologia e preparada para cirurgia para anticoncepção definitiva. No dia da cirurgia M.D.A. ficou muito tensa porque uma de suas irmãs ficou pressionando e contrariando o ato operatório, inclusive ameaçando em "fazer feitiço" contra ela. Após preparo (enterocлизма, jejum e pré-anestésico) o anestesista avisou a paciente que sua cirurgia fica suspensa porque seria certo que iria "ficar na mesa" (sic), (motivo da suspensão foi que a cirurgia não havia sido marcada no centro cirúrgico). Paciente de início não entendeu este aviso porque o cardiologista afirmou a ela que poderia realizar a cirurgia e que ele mesmo iria acompanhar a cirurgia. Inconformada ameaçou sair do hospital sem ordem médica, dizendo que teme a chegada do marido porque seria capaz de quebrar tudo neste setor por revolta ante o fato ocorrido. Nervosa e agitada deambulava pelo setor, constantemente solicitando por água e comida porque estava com fome e achou que estavam judiando demais de sua pessoa. Após diálogo com a mesma ela concordou porque disse que havia mesmo rezado a Deus para que ele impedisse a cirurgia se caso não fosse para realizá-la. Afirma: "a nossa senhora teve compaixão de mim e me acudiu para meus filhos não ficarem sem sua mãe".

Seu marido foi orientado para realizar vasectomia e o mesmo não aceitou cooperação desta forma. Foi então a paciente orientada para colocação de um DIU como medida de anticoncepção. Paciente aceitou e submeteu-se à técnica de colocação e mais uma vez revoltou-se porque não teve DIU de tamanho próprio para ela e ela teve que aguardar a aquisição do mesmo.

Queria ir para casa mas receiava porque dizia que é certo que ia engravidar que "meu marido não vive sem ter relação se xual". No dia de sua alta e com disponibilidade de um DIU maior o mesmo foi colocado e a paciente orientada sobre o ris co da perda do dispositivo devido sua incompetência itsmo cer vical e solicitada para retorno em 7 dias. (no 8º dia retornou e ainda não manteve relação sexual por medo que o DIU saísse do lugar).

Refere que seu relacionamento com familiares não é fe liz. Exceto ela e uma irmã todos passaram da religião católi ca para a religião dos crentes o que afetou muito sua comuni cação. Disse que a única coisa que ela respeita é que seus cunhados após se tornarem crentes "ficaram direitos", deixa ram de fumar e de beber. A única irmã que não abandonou o ca tolicismo é muito voltada à prática de macumba, inclusive con tra sua pessoa, tenta fazer-lhe mal. Isto a deixa muito nervo sa e com medo de acontecer algo indesejável a ela. Ela vai continuar com muita resistência à religião dos crentes, reza constantemente e acompanha toda procissão que puder.

No hospital, mantendo sinais vitais e compensada, par ticipou ativamente da Dinâmica de Grupo com os pacientes e co locando às demais paciente seu caso como extremamente grave e que foi muito bem atendida no hospital pela equipe de enfer magem, pelo médico assistente e pelo cardiologista. Saiu do hospital em 21/10/87 acompanhada pelo esposo e aparentemente com maior equilíbrio emocional.

Terapêutica: dieta para diabetes com 2 g de sal; dila coron 80 mg 1 comp. de 6/6 horas; sustrate 1 comp. de 6/6 horas; persantin 75 mg 1 comp. de 6/6 horas; AAS 500 mg 1 comp. após o almoço; valium 5 mg 1 comp. de 8/8 horas; meta mucil 4 vezes ao dia; tagamet 40 mg 1 comp. 2 vezes ao dia;

baralgin 40 gotas s/n.

Exames: bioquímica: glicose 146 (70-110 mg/dl); demais dados normais; hemograma: normal; Ht e Hb normais; sem alterações leucocitárias; ECG - isquemia subepicárdica ântero-lateral; repetição ECG - taquicardia sinusal, extrasistolia ventricular isolada. Enfarte recente da parede anterior extenso; ECG - bloqueio atrioventricular de primeiro grau. Isquemia subepicárdica ântero-lateral; bioquímica: glicose 154 (70-110 mg/dl), GPT (Alt) 33 (4-32 UK), demais dados inalterados; bioquímica: CPK (CK) 87 U/I (10-70 U/I).

Conduta de Enfermagem: levantamento de dados; diálise e visita diária; apoio espiritual; orientação sobre cirurgia e planejamento familiar; orientação para desvantagem de abandono hospitalar; estimulada a participar da Dinâmica de Grupo; discussão com enfermeiras supervisoras e funcionários sobre o caso; orientação sobre relação emocional e patologia orgânica.

Identificação: A.M.P., 32 anos, sexo feminino, branca, casada, católica, brasileira, do lar (costureira), 1º grau incompleto, procedente de Araranguá.

Internada pela segunda vez no HU em 29.09.87 com diagnóstico de Feocromocitoma e HAS instável. Teve 2 internações no Hospital em Araranguá devido 2 cesárias e uma internação por cirurgia de cisto de ovário + ligadura + extração dentária de maxilar superior e maxilar inferior (sic). Agora internou referindo febre (até 40°C), cefaléia, hematúria, dor intensa em MMII, principalmente em região de coxas a qual não alivia nem com compressas quentes, nem com banho frio. Esta dor é recorrente, quase semanalmente e alivia apenas um pouco com analgésico. Após dor apresenta eclosão de manchas de equi

mose em MMII. A dor é tão intensa que não consegue deambular. Apresenta, às vezes, cianose de extremidades, dispnéia e precordialgia, o que ocorreu nas duas gestações quando do início do trabalho de parto. A dor é apenas localizada em tórax E, região mamária. "Não posso nem tocar com a mão no local por que fica muito sensível e acentua muito a dor". Deseja muito que fosse diagnosticado seu problema mas refere que estão apenas realizando exames de urina. Diz que os médicos não estão nem aí. Não conversam ou então mal cumprimentam e já saem do quarto. "Fiz ultrassom pélvico aqui em 16/09 e já pedi várias vezes à medica mas ela até faz que não houve. Deixam a gente na dúvida e mais uma vez tenho que ir para casa sem saber o que eu tenho e sem se interessarem pelo meu estado geral. Só se preocupam com o rim que não está doente, "parece que não está". Tenho disúria recorrente desde a última gestação e dispareunia, às vezes sangramento após coito desde a última cesárea. Deste problema fui examinada apenas uma vez há algum tempo e o médico daqui disse que aparentemente não há problema e que pode ser uma cirurgia mal feita pelo médico que me operou. Tenho constipação e minhas evacuações são apenas mensais ainda usando laxantes sempre. Meu problema na visão me preocupa. Acontece que em ambiente de maior claridade e em local onde há muitas pessoas juntas a minha vista fica embaçada. Às vezes levo muito tempo para passar um fio na agulha e não consigo. O médico disse que é uma doença hereditária a qual não tem tratamento e morre cego mesmo. Já um irmão meu está com pouca visão. Quase todos os tios (paternos) tem problema de visão. Um deles ficou cego pouco tempo antes de morrer".

História Familiar: pais são vivos. Avôs não chegou a conhecer (falecidos). As avôs são vivas. Não sabe referir nada sobre os mesmos. Tem 10 irmãos (6 homens e 4 mulheres). Um

irmão com problema visual, uma irmã fez histerectomia por ocasião de um parto onde foi detectado infecção uterina grave e foi nesta ocasião que iniciou sua doença quando no dia de sua cirurgia teve que assumir cuidados com ela em estado anestesiado e de grande agitação. "Sustentei-a por 2 horas pelos ombros e cansei-me muito. Saí de lá já com febre e dor de cabeça. Inclusive a criança que nasceu, um menino, tem a mesma febre que eu tenho. Logo ao eu sair do hospital começou a dor nas pernas e desde aquele dia ela aparece com frequência. Aumentei de peso por 35 Kg desde o início do quadro". Relata que seu estado emocional não foi em nada afetado por ocasião. Quando fez a extração dentária total sob anestesia (extraiu todos porque estava com "gengiva já meio podre", dor em maxilares já há 2 anos e não pode realizar tratamento dentário porque "anestesia não pegava em mim") permaneci um mês com amnésia importante e recuperei a memória gradativamente. Nega outras doenças na família (Tb, Ca, DM, HAS). Sua educação no lar achou que foi ótima. Ambos os pais assumiam a mesma e sem muita rigidez. Tem bom contato com os irmãos "mas não tenho intimidade com ninguém; não tenho amiga nenhuma. Prefiro contato breve e informal com todos que conheço. Resiste a muita proximidade ou qualquer intimidade. Com uma irmã não converso há 2 anos por motivo de calúnia contra mim. Ela me procurou várias vezes para retomar amizade mas mandei dizer-lhe que não quero nada com ela. Meu marido e eu somos responsáveis por um grupo de 25 famílias com os quais dirigimos a novena semanal. Mesmo destas famílias não tenho amiga sequer porque prefiro é viver uma vida mais isolada e retraída". Seus pais não deram a ela educação sexual. Por ocasião de sua menarca ficou supreendida, pensando que estava machucada por dentro. Após 5 meses, sua mãe descobrindo, chamou-a e disse apenas que isto

vai ocorrer mensalmente até aos 50 anos. Mesmo com suas irmãs não dialogava sobre o caso. Não sabe referir sobre gestação e parto materno. Acha que seu parto foi normal porque uma parteira veio atender sua mãe em casa para todos os filhos que teve. Apenas sabe que a mãe não amamentou nenhum dos filhos porque não teve leite. Seu desenvolvimento, acha que apresentou enurese apenas até 2 anos de idade. Seus estudos foram de pouco sucesso, dificuldades em aprender, "mal sei ler". Estudou só até a terceira série porque a escola ficava muito distante. Caminhava 2 1/2 hora até chegar lá e foi o motivo pelo qual todos em casa iniciaram os estudos aos 9 anos de idade. Não tiveram dificuldade financeira. Todos em casa trabalham desde criança. Ela costura e tem muita freguesia. Gostam do seu serviço. "As vezes só durmo 2 horas por noite para vencer o serviço". A sua menarca iniciou aos 12 anos e vida sexual ativa aos 20 anos, não sabendo nesta ocasião que há ato sexual entre os homens. Teve relação sempre com o mesmo parceiro. Desconhece tensão pré-menstrual e dismenorréia. Ultimamente com irregularidades menstruais 3/15 dias de fluxo no mês. Elimina coágulos e "pedaços de carne bem grandes". Nunca sentiu prazer sexual. Suas gestações foram planejadas. "De inicio queríamos gêmeos e nasceram gêmeos. A seguir por 6 anos não queríamos filhos e não engravidei mesmo tendo relação sempre e sem uso de anticoncepcional. Depois queríamos mais um filho e engravidei. Vive bem com o marido. Ele tem o meu temperamento. "Tive 3 filhos e duas cesárias". Os filhos não aceitaram o meu seio. Tive que dar mamadeira desde o início, porque sentiram nojo e náusea do meu seio. Outras crianças, enquanto no hospital e com excesso de leite, aceitaram com muita facilidade o meu seio. Chegando em casa o meu leite secava logo sem tratamento medicamentoso. "Seus filhos são sa



dios", a eles e a meu marido eu sou um livro aberto. Não há segredo entre nós. Inclusive oriento meus filhos sobre a sexualidade. Nega vícios. Teve todas as doenças comuns da infância, inclusive, nos primeiros dias de vida um episódio de febre alta. Fiquei como morta. Fui internada por vários dias no hospital com suspeita de meningite mas, não concluíram diagnóstico nenhum.

Terapêutica: dieta com 2 g de sal; controle de diurese; placebo em caso de dor; controlar evacuações; verificar PA em caso de cefaléia.

Exames: ambulatorial: proteinograma: prot. totais 6,55 g/dl (6-8), rel. A/G 1,50% (1-3), albumina 60% (50-68), globulina alfa 1 3,5% (3-6), globulina alfa 2 5,8% (6-10), globulina beta 11% (10-13), globulina gama 19,7% (13-22); ambulatorial: sangue: pesquisa de anticorpos antinucleares: soro não reagente nas diluições 1/8, a 1/1024; ambulatorial: hemograma, VHS 8mm, RX coluna lombo sacra: vértebra de transição lombo sacra com megapófises bilaterais articuladas, cintilografia tireoidiana normal, ultrassom abdominal dentro dos limites de normalidade, EEG - nos limites da normalidade, ECG - extrasístole ventricular isolada, TSH + T3 + T4 - normal; hemograma: leucócitos 8.100 (5.000-8.000), segmentados 5508 (3000-6500), eosinófilos 162 (100-400), linfócitos 2187 (1000-3000), monócitos 243 (200-800), sem alterações leucocitárias, sem alterações eritrocitárias, hematócrito 44%, hemoglobina 15,7 g/dl, VGM 88 (82-92), Hb. G. M. 31,4 (27-31), CHb. G. M. 35,6 (32-36); bioquímica: uréia 23 (15-40 mg/dl), creatinina 0,67 (0,40-1,30 mg/dl), glicose 75 (70-110 mg/dl), sódio 134 (135-145 mEq/dl), potássio 3,5 (3,5-5,0); urina: cor: acitrino Ph 5, depósito abundante, densidade: 1025; exame químico: proteína negativo, glicose negativo, hemoglobina positivo,

corpos cetônicos negativo; sedimentoscopia: céls. epiteliais 200 (até 15000 p/ml), leucócitos 200 (até 10000 p/ml), hemácias 2000 (até 4000 p/ml), bacterúria moderada, filamentos de muco presente, cristais uratos amorfos + oxalato de cálcio; parasitológico de fezes negativo; urina de 24 horas: pesquisa de ácido vanil mandélico 4,8 mg/24 horas (VN até 5 mg/24 horas); depuração de creatinina: vol. urinário em 24 horas 560 ml. Volume p/minuto 0,39 ml. Creatinina no sangue 0,81 mg/dl. Creatinina na urina 189 mg/dl. Depuração corrigida 79,11 ml/min.

OBS: Paciente não participou da dinâmica grupal e impediu que a paciente do seu quarto participasse.

Conduta de Enfermagem: diálogo dirigido; levantamento de dados; orientação da relação emocional sobre fisiopatologias; diálogo com médico para encaminhamento ao psicólogo; discussão com psicólogo; orientação para consulta com oftalmologista; estimulada para participação da dinâmica de grupo (negou participação e impediu que a outra paciente participasse); discussão com enfermeira e supervisora sobre o caso; discussão do caso com médico orientador e possível encaminhamento a seus cuidados.

Identificação: L.G.C., 23 anos, sexo feminino, casada, católica, brasileira, do lar, 1º grau incompleto, procedente de Campos Novos, Santa Catarina. Dia da Internação: 23/09/87.

Internações e experiências anteriores: com 2 internações anteriores no HU, sendo esta a terceira internação. Apresentando um agravamento do quadro biopsicológico mais acentuado que na última internação. "Desta vez ela está três vezes mais suja". (sic). Diagnóstico: L.E.S. mais sarna norueguesa. Queixas: com lesões cutâneas, exantema típico (asa de borbo

leta), eritema periungueal, infartos nas pregas ungueais, ulcerações de aspecto purulento em comissuras labiais, epiderme quente, hiperemiada com escoriações, unhas compridas e sujas, crostas em todo corpo, acentuada em couro cabeludo, região occiptocervical, auriculares, pavilhões auditivos edemaciados e dolorosos a palpação, alopécia; náuseas, vômitos (restos alimentares) frequentes, tontura aos esforços, cefaléia frontal, dores abdominais, marcha lenta (MI D com sensibilidade diminuída), tremores generalizados (evoluindo para tremores apenas de extremidades, atraso menstrual de 16 dias, leucorréia amarela, fétida em grande quantidade (suspeita de condiloma - encaminhado ao gineco), hemorróidas, constipação (normalizando com dieta), cáries dentárias (realizando tratamento). Apresentando inicialmente ainda calafrios, pulso taquicardiáco, P.A. 15/11 mmHg, diurese diminuída, disúria, aproximadamente 700 ml/dia, fumante.

Apresentando amnésia (psicose, alteração neurológica), alterações de humor, depressão, crises de choro, ansiedade, labilidade emocional.

1º Contato: Relata que quando menina era sempre sadia, pertence a uma família com 8 irmãos, sendo filha mais nova, pai com 85 anos, mãe com 64 anos. Pai alcoolista e fumante. Mãe fumante (do lar).

Doença teve início após o parto (1º filho e único), cesária, há + 5 anos, com eclâmpsia após o mesmo. "Acho que peguei a doença de meu marido. Não tem relações sexuais durante esse período para não engravidar.

Sente saudade do filho, que o mesmo vive com os sogros desde 2 anos de idade, que este não gosta dela.

Casou aos 15 anos (fugiu com atual marido, sem conhecê-lo), se arrepende dessa atitude, e que não gosta mais de

le, sabe ou acha que tem outra mulher.

OBS: Postura apática, falando baixo, com olhos lacrimejantes, com aparente acentuação do tremor em MMSS.

Contatos Posteriores: Refere ter trabalhado como doméstica quando solteira, não executando mais esta atividade devido a doença. Apresentando interesse e disposição para diálogo, apesar de sem responder a estímulos, não tendo iniciativa. Relata que pai é alcoolista que muitas vezes batia na mãe, onde ela ficava angustiada e nervosa por não poder ajudá-la. Acha que o jeito é separar-se do marido, que o filho não gosta dela, mais gostaria de ficar com ele. Sente necessidade de fumar sempre que lembra algo de sua vida, e que não gosta de falar muito sobre isto.

Apresentando labilidade emocional, dialogando em frases curtas e voz baixa. Demonstrando passividade e aceitabilidade a tudo que lhe é imposto.

Relata gostar do hospital, pois acha que voltando para casa retornará a doença. Gostaria de voltar a trabalhar. Refere que já tentou separação, não sendo aceita pela família; porém sua mãe não aceitou seu casamento. Apresentando muitas vezes dificuldade em dar informações ou captar, e outras vezes mais facilidade, tornando-se mais sociável. Por opção do marido não vem tendo relações sexuais, está informada pelo médico que não pode mais ter filhos. "Não gosto muito dele, muitas vezes me deixou sozinha e foi dançar, já me passou doença, não faz "rancho" porque diz que ganha pouco, chega bebado em casa; vou dar mais uma chance a ele, senão der certo vou separar"; "me sinto mais aliviada quando converso estas coisas".

Não atendeu o telefonema do marido, dizendo: "diga que estou muito bem", posteriormente solicitou ligação telefônica, por saudade do filho (sic). Apresentando-se depressiva com re

sistência ao diálogo, com crises de choro (+ 4 dias), referindo querer ir para casa (sentimento de culpa?).

Com involução do quadro e conseqüente melhora do aspecto geral, apresentou simultânea estabilidade psicológica e atitudes positivas quanto possibilidade de volta ao trabalho e aos familiares.

Terapêutica: meticortem 20 mg; despacilina 40 QUI; tetmosol 2:1; vaselina salicilada; banho com polvidine degerman-te; lanete, dieta 2g sal; fenilbutazona; nujol, ação mecânica, couro cabeludo; banho com soapex.

Exames: bioquímica: uréia - 42 (15-40 mg/dl), creatinina - 0,95 (0,40-1,30 mg/dl), glicose - 66 (70-110 mg/dl), sódio - 140 (135-145 mg/l), potássio - 4,0 (3,5-5,0 mg/l); proteinograma: proteínas totais - 7,80 g/dl (6,0-8,0); rel. A/G: 1,0 (1-3); ECG - dentro do limite de normalidade; pesquisa de CLE: negativa; leucócitos sem alterações morfológicas; plaquetas: sem alterações morfológicas; hemoglobina: 15,4; hematócrito: 48%; hemácias: discreta anisopoiquilocitose e frequente formação de rouleaux. Algumas células com policromatofilia; urina: depósito - pequeno, Ph - 8,0, cor - A. citrino, densidade - 10/3, proteína - vestígio, sedimentoscopia: células epiteliais - 48.000 (até 15.000 p/m), leucócitos - 4.000 (até 10.000 p/m), cilindros hialinos - 200 (até 400 p/), granulados: 800, bacteriúria: discreta, cristais - fosfatos triplós e amorfos; hemograma: leucócitos: 9.000 (5.000-8.000), linfócitos - 2.520 (1.000-3.000), eritrócito: 5,1 m/mm<sup>3</sup>, hematócrito - 45%. Hgb - 14,7 g/dl, V.G.M.: (82-92), Hb. G.M. - 29 (27-31), CHb. G.M. - 32,5 (32-36), plaquetas - 355.000 (200-400 m/mm<sup>3</sup>); bioquímica: uréia - 43 (15-40 mg/dl). creatinina - 0,75 (0,40-1,30 mg/dl), sódio - 136 (135-145 mg/dl), potássio - 3,9 (3,5-5,0 mg/dl); imunodifusão radial de MANCI

ni - quantidade sérica de: IgA: 500 mg/dl (V.N.: 70-350), ,  
 IgA: acima de 3.770 mg/dl (V.N. 700-1.700), IgM: 252 mg/dl  
 (V.N. 20-50), C3: 194 mg/dl (V.N. 70-176), C4: 42,5 mg/dl (V.  
 N. 20-50), Pesquisa da Ac. antinucleares: soro não reagente  
 nas diluições de 1/8 à 1/1.024; raspagem da pele, presença de  
 inúmeros ácaros; bioquímica: uréia - 35 (15-40 mg/dl), creatin  
 ina - 0,86 (0,40-1,30 mg/dl), sódio - 144 (135-145 mEq/l) ,  
 potássio - 4,2 (3,5-5,0 mEq/l); hemograma: leucócitos - 4.100  
 (5.000-8.000), eritrócito - 4,6 m/mm<sup>3</sup>, hematócrito - 40, hemog  
 lobina - 13,2 g/dl, V.G.M. - 87 (82-92), Hb.G.M.: 28,5 (27-  
 31), C.Hb.G.M. - 33 (32-36); proteinúria: volume urinário das  
 24 horas = 820 ml; proteinúria - 292 mg/24 horas (até 50) ;  
 urina: sedimentoscopia - hemácias 8.000 (até 4.000 p/ml), fil  
 amentos de muco: presentes; cristais: fosfatos amorfos e fosf  
 ato amoníaco magnésiano; hemograma: com anisopoiquilócitose  
 discreta, frequente formação de roleaux; bacteriologia: cultur  
 a de proteus mirabilis; imunofluorescência para clamídia neg  
 ativo.

Conduta de Enfermagem: histórico de enfermagem; SOAP +  
 prescrição diária; visita + diálogo informal; auxílio na terap  
 eutica; informação médica sobre a evolução biopsíquica; orient  
 ação (patologia, cuidados, tabagismo); discussão e visita  
 com médico orientador; discussão do caso com psicólogo . . . O  
 qual indicou a seguinte conduta: psicoterapia, estimular aut  
 o-imagem e volta ao trabalho, levar ao questionamento de sua  
 própria vida; encaminhamento ao odontólogo; encaminhamento e  
 acompanhamento ao ginecologista; estimulada para participar  
 da Dinâmica de Grupo (rejeição); diálogo com enfermeira superv  
 isora a respeito do caso.

Encaminhamento da paciente L.G.C. ao serviço de  
Assistência Social:

Florianópolis, 26 de novembro de 1987.

Prezada Senhora,

Nós alunas, Ana Maria Petters e Gisela Albrecht, da 8a. fase do Curso de Graduação em Enfermagem, temos acompanhado a paciente Leonir das Graças Carvalho, portadora de Lúpus Eritematoso Disseminado, residente nesta cidade, rua Santa Cruz nº 68, Santo Antonio, Campos Novos.

Constatamos que, além de condições financeiras interferentes no tratamento da paciente, agravam também seu quadro, problemas de relacionamento familiar (abandono), principalmente pelo esposo, devido, provável falta de conhecimento da patologia e dos cuidados necessários.

Necessita a mesma, acompanhamento de um profissional que possa auxiliá-la e orientar seus familiares para uma melhor aceitação e compreensão da paciente, amenizando assim, possíveis conflitos que exarcebam agravamento de sua doença.

Certas de sua sensibilidade para com esta paciente e do seu pronto atendimento, possibilitando assim uma vida mais digna a um ser humano.

Atenciosamente Gratas.

Identificação: S.A.G.D., 17 anos, solteira, sexo feminino, branca, estudante, católica, procedente de Cascavel / Paraná.

Segunda internação no HU aos 19/09/87 com diagnóstico de lupus eritematoso, artrite reumatóide juvenil, infecção

renal há mais ou menos 5 anos, ICC, HAS. Teve uma internação no hospital de Cascavel onde interrompeu tratamento por motivo financeiro. Logo após primeira internação e alta do HU foi encaminhada a Florianópolis para consulta médica onde médico recusou atendimento devido paciente não ter dinheiro para consulta, sendo então encaminhada ao HU e reinternada com diagnóstico acima referido.

História Familiar: foi saudável, mãe infecção renal há + 5 anos (agora sadia). Irmãos saudáveis. Nega presença de parentes com a mesma doença.

Estudou até a 5a. série com facilidade de aprendizado. Gostava de estudo e interrompeu-o devido sua doença. Menarca aos 13 anos de ciclo irregular. Vive bem com sua mãe e irmãos embora aproveite situação de sua doença para maiores ganhos (afetividade, compaixão, companhia, preferência alimentar) fazendo greve de fome por 3 dias para conseguir dieta conforme seu paladar, levando a mãe a uma situação de stress e posteriormente, fazendo com que sua mãe apoiasse sua atitude. Frente a sua doença proibia a sua mãe a buscar informações junto aos médicos sobre causa e diagnóstico de sua doença porque não queria ser informada a respeito. Aparentemente apresentava-se calma e tranquila, porém com períodos de agressividade verbal. Juntamente com sua mãe em quarto de outras pacientes referiu: "estou agoniada porque minha filha interna pela segunda vez, fazendo exames e mais exames e os médicos não conseguem achar a causa de sua doença. Gostaria de saber-la que desse jeito ela sempre vai ficar doente de novo".

Mãe relata que sua filha tinha hábito de se expor muito a chuva e sereno o que lhe trazia frequentes gripes e infecção de V.A.S. (amigdalite). Iniciou com quadro de dores nas articulações, edema e dificuldade de deambulação. Foi medica



da pelo médico para reumatismo, Teve também sarampo na infância. É alérgica a penicilina. Politransfundida. Ao internar apresentou edema de face com vômitos de aspecto de borra de café e líquido amarelado, cefaléia, tosse, expectoração purulenta, dispnéia ao repouso fazendo uso de oxigenioterapia. Com anorexia, não conseguindo nem ingerir líquidos. Apresentou diarréia, temperatura de 38,3°C, PA 14 X 10 mmHg, taquipnéica e tensa.

Quadro da paciente involuiu, não apresentando mais vômitos, diarréia e compensou SV, regularizou eliminações fecais e urinárias. Não apresentando mais períodos de agressividade verbal na última semana de internação, estava menos tensa, aceitando alimentação após ser instruída sobre necessidade e importância de sua dieta. Referindo ansiedade em voltar ao seu lar.

Exames: Urina: proteína (+++), hemoglobina positivo, células epiteliais 24.000 (até 15.000/ml), leucócitos 8.000 (até 10.000/ml), hemácias 8.000 (até 10.000/ml), cocos 400, cilindros hialinos 400, granuloses 1,600, bacterúria moderada, filamentos de suco presente, cristais: uratos amorfos; hemograma: leucócitos 8.300, Hb 8,5%; bioquímica: uréia 222 (15-40 mg/dl), creatinina 5,92 (0,40-1,30 mg/dl); ecocardiograma: discreto aumento do diâmetro diastólico do VE. Discreta hipocinesia septal. Miocardite (?); bioquímica: uréia 160 (15-40 mg/dl), creatinina 4,33 (0,40-1,30 mg/dl); urina: proteinúria, volume urinário em 24 horas 880 ml, proteinúria - 2.341 mg/24 horas (até 50 mg/24 horas); bioquímica: proteína (+++), Hb (+), hemácias 22.000 (até 4.000 p/ml); sangue: imunodifusão radial de Mancini - normal.

Terapêutica: dieta com 30 g de proteínas + 2g de sal; meticorten 30 mg; imuran 1/2 comp.; capoten 25 mg 12/12 ho

ras; digoxina 1/2 comp.; lasix 1 comp. 12/12 horas; diurese 24 horas (500-950 ml).

Conduta de Enfermagem: diálogo inicial com a mãe; levantamento de dados; visita e diálogo com paciente; diálogo com enfermeira supervisora, nutricionista e psicólogo; orientação sobre sua dieta, patologia e cuidados com a mesma; fornecimento de leituras próprias para distração; orientação para alta.

Identificação: R.M.M., 32 anos, branca, sexo feminino, casada, do lar (costureira), com primeiro grau incompleto, natural e procedente de Florianópolis (Aeroporto).

Internou em 9/11/87, sendo sua segunda hospitalização, com diagnóstico de L.E.S. Há mais ou menos 15 dias com alteração de conduta, febre, poliartralgia, com lesões eritematosas em face (asa de borboleta), dor difusa a palpação profunda do abdomen, perda de peso (10 Kg), diarréia com fezes líquidas, pés cianóticos, pesadelos dificultando o sono, manchas avermelhadas nas pontas dos dedos, leucorréia há aproximadamente 1 ano, em pequena quantidade, de cor amarela.

Sua doença iniciou em 1983, a qual procurou vários médicos, alergista, dermatologista, reumatologista. Fazendo uso de meticortem 40 mg/dia, diminuindo a dosagem para 20 mg com 5 mg/dia. Tentou tratamento homeopático o qual não levou até o fim.

História Familiar: Pais vivos, com autoridade predominante do pai, provavelmente pelo fato de mãe permanecer mais tempo em casa, a mesma trabalha como costureira; com 9 irmãos, dois homens, sete mulheres.

Mãe e tia materna sofrem de reumatismo, a mãe também é hipertensa. Tia faleceu de Ca. uterino, avô com D.M., fi

lhós apresentam bronquite com mudança de clima.

Considera ter bom relacionamento com a família. Sua mãe lhe dá muito apoio. "Já pensei em montar um atelié com minhas irmãs que também trabalham em costura, mas o que minha irmã fala não se escreve", "gosto muito desta atividade, é um meio de sustentar-me e permanecer mais tempo com os filhos.

Nega vícios, menarca aos 11 anos. Teve conhecimento sobre sexualidade com colegas e algumas vezes com as irmãs, só após iniciada a menstruação, que sua mãe conversou algo sobre gravidez, namoro, casamento, etc. Depois que surgiu L.E.S. e usei meticorten, o ciclo tornou-se bastante irregular; "acho que estou grávida, pois minha menstruação não vem a aproximadamente 2 meses, tenho enjoô, náuseas, com a barriga bastante aumentada.

Antes de casar em 1980, iniciei namoro com meu ex-marido, aproximadamente 3 anos, nossa relação era muito boa, lembro-me que minhas amigas costumavam falar que seus namorados fizessem a metade para elas do que o meu fazia, seriam muito mais felizes. Durante namoro houve uma intriga com minha sogra e cunhada, as quais nunca me relacionei bem, mesmo após a separação não costumam visitar seus netos e ou sobrinhos.

Há aproximadamente 1 ano após o casamento, nasceram seus 2 filhos (gêmeos), hoje com 6 anos, durante as manhãs vão a aula. Frequentemente o pai vem visitá-los. Às vezes tenho ciúme do relacionamento deles com o pai, parece que eles gostam mais do pai do que da própria mãe".

Minha doença começou em 1983, até então usava anticoncepcional oral, suspendendo no início do tratamento.

Quando comecei a procurar orientação médica morava no interior, com meu marido, mas nosso relacionamento não estava bom. Em 1986 nos separamos. "Após o casamento ele mudou mui

to, meu pai sempre dizia que ele não era flor que se cheirasse". Neste ano tentamos reatar, mas nos separamos a mais ou menos 2 meses. Hoje não penso em outro companheiro.

Gosto muito de meus filhos e acho que estou grávida, gostaria muito de ter uma menina.

Algum tempo atrás parei com o meticortem, achei que estava me fazendo mal, iniciei com "garrafadas" por indicação de uma vizinha; com esse tratamento meu marido ficou curado do ácido úrico. Em meu caso não resolveu, comecei com queda de cabelo, pego pediculose com facilidade, não posso passar remédios químicos por irritar a pele, assim minha irmã limpa a cabeça, eritema no rosto e corpo, dor na barriga, emagrecimento. Sei que o L.E.S. é uma úlcera, que células chamadas anticorpos atacam o nosso corpo e a gente fica mais fraca, pega doenças mais fácil.

Então procurei o hospital, fiquei 5 dias na emergência esperando uma vaga para ser internada.

Evolução: Apresentando episódios de desorientação, rubor de face, cianose discreta de extremidades dos MMII, tosse ocasional com expectoração esbranquiçada em pequena quantidade, leucorréia amarelada em pequena quantidade, lesões eritematosas em regressão, com perda de peso, constipação intestinal, náuseas, vômitos. Paciente com alta hospitalar, mas permanece hospitalizada por achar que está grávida (desorientada), equipe médica refere ter realizado exame de urina, o qual não foi encontrado no prontuário. Saindo do hospital no dia 17/11 no período vespertino após diálogo com estagiária de enfermagem, com L.E.S. inativo.

Exames: hemograma: hematócrito 26%, hemoglobina 7,3 g/dl, C.Hb.G.M. 29 (32-36), discreta hipocromia e poiquilocitose, sem alterações leucocitária; bioquímica: uréia 60 mg/dl

(15-40); urinálise: cor - A. ambar, Ph 5,0, depósito - pequeno, densidade 1020, proteína +++, hemoglobina +; sedimentos copia: leucócito 120.000 (até 10.000), hemácia 36.000 (até 4.000), cilindros hialinos 1.400 (até 400p/ml), granulosos - 4.000, bacterúria - discreta, filamento de muco - presente ; cristais - uratos amorfos; bioquímica: sem anormalidades.

Terapêutica: Meticortem 20 mg 1 comp. V.O.; novalgina 40 gotas V.O. 6/6 horas; plasil 40 gotas V.O. 6/6 horas; floxacina 400 1 comp. V.O. 12/12 horas; valium 5 mg V.O. 12/12 horas; bactrin 2 comp. V.O. 12/12 horas; observar evolução lesões eritematosas, leucorréia, tosse, expectoração, cianose nos MMII; observar evacuações; pesar 3/3 dias; conversar e ouvir a paciente; orientar paciente para permanecer maior parte do tempo com pés elevados.

Conduta de Enfermagem: levantamento de dados; diálogo informal; orientação para tratamento natural contra pediculose; orientação quanto a patologia e sua relação com o tratamento, fertilidade e gravidez; participação na dinâmica de grupo.

Identificação: E.M., 28 anos, sexo feminino, cor branca, do lar, 1º grau incompleto, casada, 1 filho, católica, natual de Lages e procedente de Palhoça.

Internada aos 31.10.87 com diagnóstico de TVPA + CRESTC? e queixa de dor na região inguinal E com irradiação para coxa. Refere aumento do volume da perna esquerda e parestesia. Relata que há alguns meses vem sentindo dor em MIE "dor que caminha". Inicialmente sentiu-a no joelho com irradiação à perna, a seguir na região inguinal com irradiação à coxa. A dor agravou mais na última semana e quando muito nervosa. Conta que há uma semana seu filho de 5 anos foi ao rio

pescar com o seu pai e não comunicou a sua saída. Quando não conseguiu localizar o filho sentiu tontura, náuseas, cefaléia frontal, tremor de extremidades, dor em tórax superior até a região epigástrica seguido de "gastúria" (dor de fome por alguma coisa) às vezes tipo facada e queimação (cessa quando come alguma coisa ou quando toma leite), também a perna começou a doer tanto que teve que deitar-se e só aliviou no outro dia. A dor no estômago e "gastúria" sente sempre e logo após ficar muito nervosa. Às vezes também vomita. Há aproximadamente uns 5 a 6 anos fica assim nervosa, isto quando faz algo errado ou quando alguém a contraria. Antes ela não era assim nervosa. Acha que isto como o seu problema gástrico está relacionado com a morte de seu pai há 8 anos, porque a ausência do pai a faz sentir muita falta e preocupação. Fez o tratamento para estômago e a médica disse que é esofagite complicada. Também sente dispnéia aos grandes esforços melhorando com repouso, palpitações quando muito ansiosa e cianose de extremidades principalmente em dias mais frios. Refere constipação (primeira evacuação em sete dias) de fezes duras. Tem disúria, às vezes polaciúria com depósito amarelado na urina. Refere dispareunia e leucorréia há 4 anos, de cor amarelada, fétida de mêdia a grande quantidade acompanhado de prurido. Nunca realiizou consulta ginecológica nem exame preventivo. Refere que teve febre (sentiu calafrios, calor e sede). Às vezes dor de dente com grande número de cáries dentárias em arcada dentária inferior. Prótese em arcada superior. Não tem condições financeiras para tratamento dentário e desconhece instituição que faça tratamento gratuito. Tem frequentes gripes e últimos 2 anos seguidas de "pontada". Já fez tratamento para pneumonia (sic). Tem tosse improdutiva.

Atualmente dor continuada em região inguinal E e coxa

com alívio temporário espontâneo (solicitei analgésico 3 vezes à tarde e uma vez à noite e não trouxeram. Não sei se não podia trazer mas disseram que iam trazer, porém não apareceram mais). Apresenta também hiperemia em região mediana lateral da coxa.

É fumante. Atualmente fuma 1/2 carteira de cigarros por dia. Antes fumava 1 carteira inteira. Conseguiu reduzir sem dificuldades pela metade porque médica que tratou do estômago aconselhou que reduzisse a dose.

Teve sarampo na infância, anemia ferropriva, infecção urinária baixa há  $\pm$  1 ano, BPN  $\pm$  7 anos com internação hospitalar de 5 dias.

História Familiar: Pai falecido. Teve úlcera. "Queixa va-se da mesma dor que eu sinto" por muito tempo. Teve perfuração de úlcera, sangrou muito, fez tratamento e melhorou por alguns anos quando de repente desenvolveu Ca. gástrico e morreu logo. Mãe hipertensa. Irmã falecida (BPN), 8 irmãos saudáveis.

E.M. acha que teve uma infância feliz. Estudou até 5a. série com grande interesse e facilidade. Sentiu não poder continuar estudos pela distância da escola a sua casa. Sua educação foi assumida por ambos os pais. Teve maior afinidade por sua mãe uma vez que seu pai permanecia mais tempo em serviço fora da casa. Mesmo assim amava ambos, acha que com a mesma intensidade sem períodos de interrupção importante. Sem problema de relacionamento com irmãos. Sua mãe a alertou pelo início de sua menarca (não lembra em que idade ocorreu), mas, sobre sexualidade aprendeu com colegas e através de literatura, iniciou vida sexual ativa a partir do casamento sentindo prazer sexual o qual cessou há 4 anos com início da dispareu

nia. Bom relacionamento com esposo.

Mostra grande interesse por sua patologia mas receia muito submissão e uma possível cirurgia. Acha que a pessoa sofre muita dor com ato operatório e poderá vir a falecer por intolerância à cirurgia. Acha que ela é muito fraca e não vai suportar uma dose de anestesia. Está também preocupada sobre possível longa permanência hospitalar. Gosta muito de leituras diversas.

Quadro de TVPA envolveu durante a internação possibilitando locomoção e flexão da perna com dor apenas de pequena intensidade. Hiperemia regrediu completamente. Realizou 2 dilatações esofágicas permitindo após estas ingestas de dieta pastosa sem disfagia o que não fazia há muito tempo (6 meses). Teve várias visitas de seu esposo e filho o que aliviaram sua angústia, permanecendo porém ansiosa sempre em voltar brevemente ao seu lar e referindo receio por necessidade de possível cirurgia. Realizou extração de 1/3 dos dentes da arcada inferior, não havendo vaga no serviço de odontologia para término do tratamento. Com diminuição da leucorréia foi solicitada pelo serviço de ginecologia para realizar sua consulta a nível ambulatorial, posterior à sua data de alta devido a grande demanda não permitir atendimento a pacientes internos com problemas já crônicos.

Exames: bioquímica: glicose normal; leucócitos: 10.800, segmentados: 7.668, linfócitos: 2.916, TAP - 12" - 100%, eritrócitos: 3,6, hemoglobina: 8,8, hematócrito: 32; exame de urina: cor - amarelo citrino, pH - 8,0, depósito: moderado, densidade - 1015, células epiteliais 10.000 (até 15.000 p/ml), leucócitos 96.000 (até 10.000 p/ml), bacterúria: intensa; bioquímica: uréia 12 (15-40 mg/dl), creatinina 0,70 - (0,40-1,30 mg/dl), glicose 203 (70-110 mg/dl), sódio 139



(135-145 mEq/l), potássio 4,6 (3,5-5,0 mEq/l).

Terapêutica: dieta líquida fracionada; liquemine 500 UI S.C. 8/8 horas; hidróxido de alumínio 15 ml 1 hora após refeição; novalgina 40 gotas de 6/6 horas s/n; plasil 1 comp. 20 minutos antes das refeições; leite em Trendelemburg; S.V.

Conduta de Enfermagem: visita diária; apoio emocional; esclarecimento sobre relação emocional e patologia orgânica; orientação sobre a patologia atual + terapêutica prescrita inclusive sobre analgesia; orientação sobre dificuldade de vaga hospitalar e necessidade de internação e sobre importância de sua colaboração; orientação sobre tipos e dosagem de anestesia; orientação sobre favorável cicatrização cirúrgica em pessoas jovens e sobre analgesia pós-operatória; discussão sobre facilidade de aceitação de patologia e tratamento a partir da fé em Deus; discussão sobre prejuízo do fumo à nossa saúde; esclarecimento sobre tratamento dentário (necessidade e possibilidade); fornecimento de literatura; encaminhamentos.

Identificação: T.S.S., 28 anos, sexo feminino, branca, casada, do lar e vendedora autônoma, 2º grau em contabilidade, católica, procedente de Florianópolis.

Internada em 26.08.87, primeira internação no HU. Internação anterior no HCR devido queimadura em MSE e região lateral E aos 2 anos de idade. Posteriormente realizou tratamento ambulatorial até aos 13 anos porque mantinha lesões purulentas por muito tempo. Inclusive fez tratamento com psicólogo. Antes da internação no HU com diagnóstico de colestase intra-hepática benigna familiar a esclarecer procurou vários médicos a nível ambulatorial e terapias alternativas (chás e medicamentos) com intuito de resolução de sua doença atual.

A mesma lhe causa prurido há aproximadamente 3 meses e manifestações semelhantes a fisgadas que a pacientes denomina de pico pico. Icterícia 4+, fígado palpável e dolorido, insônia por 4 dias, amenorréia a 30 dias, galactorréia, disúria, perda de peso nos últimos 3 meses (12 Kg), polaciúria e colúria, fezes acólicas, náuseas e vômitos após alimentação, dor em articulações, adenomegalia submaxilar, cefaléia, hiperemia discreta no conduto auditivo interno D (atualmente), tontura.

História Familiar: Pai militar, bastante autoritário, 13 irmãos, 1 irmã aos 9 anos apresentou astenia e icterícia intensa a ponto de engatinhar em vez de deambular. Com recidiva do quadro aos 33 anos envolvendo "após biópsia hepática". Um irmão com mesmo quadro aos 24 anos, sendo internado por aproximadamente 2 meses sem involução do quadro levando-o a fugir do hospital e optar por terapias alternativas com melhora nas recidiva do quadro após 13 anos. Permaneceu por um mês no hospital com involução do quadro de icterícia porém, permanece com o prurido.

Com a queimadura que teve na sua infância foi atingida de tal modo que a mesma adquiriu complexo de exibir o seu corpo usando roupas fechadas para esconder seu corpo, evitando também praias. Não mostrou-se ao seu esposo durante período de namoro por medo de rejeição. Não conseguiu aceitar sua pessoa nem mesmo com auxílio de psicólogo. Apresentou temperamento irritadiço apesar das pessoas voltarem-se muito a atender a sua vontade e exigências pelo fato de sua queimadura. Estudou até o 2º grau, técnico em contabilidade, trabalhando numa secretaria de serviço público. Seu desejo era realizar faculdade de Direito a qual não efetuou devido casamento e posterior aborto aos 7 meses de gestação do 1º filho, levando-a a depressão profunda onde viajou com seu marido para aliviar a

sua tensão. Tem frequentes atritos com o esposo pelo seu sta tus superior a ela e suas múltiplas atividades tendo pouco tempo em conjunto. Apesar disto, referiu que ele era um bom esposo e bom pai. Teve 2 filhos e há 6 meses mola hidatifo rme. Nunca sentiu prazer sexual com seu conjugue a ponto de pen sar que uma separação seria a solução. (Ambos não tiveram ex periência de relação sexual até a data do casamento). Antes do seu casamento namorou com um colega de aula com o qual não casou devido contrariedade dos pais por motivos religiosos. Após seu casamento encontrou com o mesmo algumas vezes sentin do grande atração por ele.

Atualmente, refletindo sobre o seu passado deseja acom panhamento com psicólogo, realizando uma consulta hospitalar e foi solicitada para continuar acompanhamento psicoterápico ambulatorial após alta.

Durante internação obteve alívio gradativo do prurido, apresentou alguns episódios de diarreia com involução rápida, aceitando pouca alimentação devido náuseas e vômitos. Houve diminuição da galactorrêia e aumento de peso.

Terapêutica: dieta livre sem gordura; baralgin 35 go tas de 6/6 horas s/n; plasil 35 gotas de 6/6 horas s/n; ques tran 1 env. 15 minutos antes das refeições; diazepam 5 mg 1 comp. de 12/12 horas; talco mentolado 0,2 4 vezes ao dia.

Conduta de Enfermagem: visita mais diálogo diário; au xílio na terapêutica; encaminhamento ao psicólogo, SOAP + prescrição; discussão do caso com enfermeira e psicólogo que orientou a seguinte conduta: estimular a sua aceitação, esti mular para psicoterapia; orientação sobre a patologia; orien tação para alta.

Exames: ultrassom abdominal: fígado homogêneo de dimen ções normais. Vesícula biliar não pode ser estudada por con

tração (litíase?). Colédoco e vias biliares com calibre normal. Imunologia: antígeno austrália negativo; hemograma: hematócrito 33%, hemoglobina 10,8. Urina: cor acastanhada, bacterúria intensa, presença de filamentos de muco e cristais uratos amorfos. Células epiteliais 68.000 (até 15.000 p/ml). Leucócitos 10.000 (até 10.000 p/ml). Bioquímica: GOT (AST) 50,5 (4,0-36,0 UK), GPT (A LT) 31,5 (4,0-32,0 UK), bilirrubina T 20,94 (0,20-120 mg/dl), bilirrubina D 17,76 (0,10-0,40 mg/dl), bilirrubina I 3,18 (0,10-0,80 mg/dl); bioquímica: colesterol 322 (150-260 mg/dl); prolactina: 10,5 (pré-menopausa - 7,5+/-7,5 ng/ml), pós-menopausa 7,0+/-7,0 ng/ml); bioquímica: GPT 36,0 (4,0-32,0 UK), bilirrubina T 8,82 (0,20-1,20 mg/dl) , bilirrubina D 7,37 (0,10-0,40 mg/dl), bilirrubina I 1,45 (0,10-0,80 mg/dl); hemograma: eosinófilos 9-657 (100-400) , linfócitos típicos 50-3.650 (1000-3000), hematócrito 25%, hemoglobina 9,0 g/dl; biópsia hepática - sem resultado visto.

#### Roteiro Referencial ao Plano Assistencial:

1. Considera-se doente? Sim. Acho que ser doente é ter um problema.
2. Sabe o que tem? Não sei porque iniciou a minha doença. Procuro a cura da mesma.
3. Procurou atendimento por conta própria ou alguém lhe sugeriu? Procurei vários médicos com vários diagnósticos. Por último o gastro realizou vários exames com resultados normais.
4. O que sabe sobre sua doença? Eu só sei que tenho a doença "colestase mas não sei como vai ser a cura. Como vai continuar minha vida e minha situação eu não sei.
5. Gostaria de saber mais? Sim.

6. O que acha do atendimento? Há opções para o tratamento?  
Acho bom. Não sei o que opinar.
7. Notou alguma mudança com o tratamento? Sim. Minha coceira diminuiu. A icterícia também diminuiu, melhorou náusea, vômito e diarreia. Só aumentou hirsutismo.
8. Mudou alguma coisa em sua vida com a doença e o tratamento? O que? O trabalho mudou. A minha loja também. Estou angustiada por não poder fugir as coisas.
9. Acha que o tratamento pode resolver outros problemas? Gostaria que resolvesse.
10. A doença lhe preocupa? Sim. Gostaria de ir para casa curada.
11. Tem outras preocupações? Com os filhos e empregada.
12. Alguém depende do seu trabalho? "Não". Tenho algumas dívidas mas agora não faz muita falta.
13. Gostaria de conversar em outra ocasião? Sim.
14. Existe alguma coisa que gostaria de saber? Sobre medicamentos e doença.
15. Como sentiu-se respondendo esse questionário? Bem. Foi interessante.
16. Tem alguma sugestão? De momento não lembro.

Identificação: D.D.S., 33 anos, filho mais velho de 3 irmãos (2 moças e 1 rapaz), católico, solteiro, auxiliar de escritório, 2º grau incompleto, natural de Timbé, Tijuca, procedente de Barreiros.

Internado no dia 21/09/87 com diagnóstico de miocardiopatia, insuficiência mitral e hepatite. Primeira internação no HU, com várias internações no HC. Há mais ou menos 6 anos e meio com falta de ar, tosse, escarro hemoptóico, (médico informou que era doença do coração). Há aproximadamente com

astenia intensa, dispnêia, perda de peso (5 Kg). Inicialmente satisfeito com o tratamento, desejando melhora breve para retornar a sua casa e trabalho. Rejeita o leite por receio que faça mal (um tio com hepatite faleceu após ingestão de leite). Há mais ou menos 4 dias iniciou vômitos após refeições e nos intervalos, iniciou com antiemético. Sono interrompido por sentir-se sufocado em certos períodos noturnos. Atividades físicas dificultadas pela fraqueza e falta de ar. Ictérico, abdomen dolorido à palpação, principalmente em hipocôndrio D, vertigem temporária, PA 80 X 50 mmHg, P. 100 bat./minuto e arritmico, T. 35,5°C, faz uso de digitálico.

História Familiar: Mãe cardiopata, tia materna falecida aos 24 anos de insuficiência cardíaca, nega H.A.S., DM, Tb., Ca., fumo. É etilista social. Pai com episódio de depressão por 2 meses há aproximadamente 2 anos, isolando-se totalmente com resistência ao diálogo e aceitação de alimentação. Iniciou tratamento para sistema nervoso o qual mantém. Tia e tio paterno solteiros, tia sofre do sistema nervoso, com idade média e permanece solteira devido ao seu problema. A mesma impediu o seu namoro com uma moça que gostava e a qual a tia cuidava. Não quis que casasse com ela devido a sua doença. Desde a sua internação o paciente rejeita a visita desta tia. Tem porém um bom relacionamento com o tio o qual procurava com bastante frequência. Trabalhou desde criança em companhia do pai como lavrador. Nunca recusou serviço referindo que gostava do mesmo. Sempre foi uma pessoa independente, embora retraído, com tendência ao isolamento, mantendo contato com vários amigos evitando porém, ocasiões como danças, jogos, esportes, festas, enfim, situações com muito barulho e aglomerado de pessoas. Tem gosto por música romântica permanecendo por horas ouvindo-as. Seu convívio social bem como afetivo com

sexo oposto sempre foi bastante limitado, tendo um ou dois na moros não muito significativos. Segundo referência por sua ir mã é possível que não tenha tido outras relações devido sua patologia. Após internação solicita constantemente a presen ça do pai o qual o superprotege, levando-o a uma dependência maior. Há aproximadamente 7 anos efetuava serviço de auxiliar de escritório referindo gostar do serviço e do bom relacionamen to com a equipe de trabalho, nunca lhe faltando nada, pois o mesmo residia no local de trabalho.

Inicialmente o paciente apresentava-se bastante ictérico com astenia, prostrado, sonolento durante o dia e com pe ríodos de insônia noturna, aceitando pouca alimentação, com edema moderado de MMII, dispnêia, principalmente em período noturno, colaborando parcialmente no auto-cuidado. Posteriormen te apresentando melhora do quadro astêmico, levando-o a iniciativa própria para higiene e suprir suas ne cessidades sem auxílio. Solicitando ajuda somente para melhorar sua au to-imagem.

Atualmente recusando alimentação, retirando sonda enteral, apático com idêia obcessiva de morte, olhos fixos no te to, expressando sorriso cínico, iniciando período sem se comu nicar. Pai refere constantemente que o filho está piorando e não vê solução. Em pouco tempo o quadro evolui com pac iente apresentando dispnêia, sudorese, taquicardia, cianose labial, edema de MMSS e MMII, PA"O". Com PVC, encaminhado à UTI no dia 29/10 em período noturno com prevalência de sinais de choque, desenvolvendo derrame pleural e vindo a falecer aproximadamente 3 horas após dar entrada na UTI.

Exames: ECG - sobrecarga biatrial e biventricular. Ga sometria - sem anormalidades. Bioquímica do sangue: creatinina 1,65 (0,40 até 1,30 mg/dl), glicose 57 (70-110 mg/dl), po

tâssio 5,3 (3,5-5,0 mEq/l); parasitológico: negativo; exame de urina: cilindros hialinos 8.000 (até 400 p/m). Bioquímica do sangue: uréia 95 (15-40 mg/dl), creatinina 1,76 (0,40 até 1,30 mg/dl), glicose 136 (70-110 mg/dl). Bioquímica: GOT (AST) 240 (4-35 U/K), GPT (ALT) 1050 (4-32 U/K), R/GOT/GPT 0,23, bilirrubina T. 7,26 (0,20-1,20 mg/dl), bilirrubina D. 4,11 (0,10-0,40 mg/dl), bilirrubina I. 3,15 (0,10-0,80 mg/dl). Imunologia: negativa; hemograma: sem alteração; bioquímica: GOT (AST) 52 (4-36 U/K), GPT (ALT) 131 (4-32 U/K), R/GOT/GPT 0,40, bilirrubina T. 4,14 (0,20-1,20 mg/dl), bilirrubina D. 2,77 (0,10-0,40 mg/dl), bilirrubina I 1,37 (0,10-0,80 mg/dl).

Terapêutica (antes da transferência à UTI: dieta com 2 g sal por sonda enteral; lasix 40 mg 1 comp. 8/8 horas; capoten 50 mg 1 comp. 8/8 horas; digoxina 0,25 1 comp. por dia; diurese diária; controle de SV; curativo reg. coccígea com iruxol + SF; controle de PVC.

Conduta de enfermagem: levantamento de dados; diálogo e visita diária com paciente; diálogo diário com o pai, diálogo diário com a mãe e filha; orientação sobre icterícia; estimulação para maior independência e cooperação no seu autocuidado; estimulação para ingesta alimentar e hídrica; estimulação de auto-estima e auto-imagem; discussão do caso com médico, professor orientador e enfermeiro. Parecer dos orientadores sugere depressão reativa do paciente.

Identificação: E.S.D., 28 anos, solteira, católica, branca, sexo feminino, terceiro grau incompleto, datilógrafa, brasileira, natural de Florianópolis, procedente da Trindade.

Deu entrada nesta unidade no dia 15/09/87 sendo está sua primeira internação, com vários atendimentos emergenciais por crise convulsiva e tentativa de suicídio (intoxicação men



dicamentosa em 02/85), com acompanhamento ambulatorial psiquiátrico e psicológico. Hospitalizada com diagnóstico de intoxicação medicamentosa por benzodiazepínico mais veneno de rato, apresentando quadro clínico com vômitos, palidez cutânea, língua saburosa, halitose, miose não fotoreagente, P.A. 8,2 X 5 mmHg, P - 88 b/min., extremamente torporosa, respondendo a estímulos dolorosos, em coma superficial.

Faz uso de valium 10 mg de 12/12 horas há aproximadamente 3 dias, usou anteriormente ampicliu 25 mg 2 comp. a noite desde 1983.

História Familiar: pais separados há aproximadamente 9 anos, pai alcoólatra com problema hepático (sic), e hipertenso; avó epilética, irmão operado T.U. de frente e epilêtico. Possui 8 irmãos, um dos quais é adotivo. Filha mais nova e solteira, residindo com a mãe, a qual sempre desde a infância fez suas vontades (teve sarampo, parotidite, rubéola), a mesma apresenta temperamento dominante, irritadiço, nervosa, revoltada com atitudes masculinizantes, com pesadelos, insônia e astenia, rejeita o pai desde criança, é muito semelhante ao mesmo (sic), com o qual não tem contato, desde a separação do casal, por não aceitar a situação, dizendo: "o destino de meu pai é do lado da minha mãe". Apresentou dificuldade de controle vesical até 21 anos a qual procurou orientações médicas.

Gosta de trabalhar, não vive bem com a família. "Vege*tei* 26 anos de minha vida, sempre eu que quebro os galhos lá de casa, é sempre a E. Tenho uma irmã que é separada, tem dois filhos e o relacionamento com seu atual companheiro não vai bem, ela é cheia de problemas, um dos meus irmãos também tem problemas de nervos e faz tratamento com psicólogo, hoje já está melhor.

Sabe sô a 1 1/2 ano que encontrei a felicidade quando conheci esta família, V. e seus filhos, eu adoro aquelas crianças. Deixei tudo por elas, uma casa bonita com carpê, para morar no morro, numa casa sem repartição, além do trabalho vendia perfumes e outras mercadorias, junto a um político conseguimos um terreno para construir nossa casa, colocava todo meu salário para iniciar a casa e no colégio das crianças, porque a mãe delas não tinha condições. E de repente perdi tudo, V. diz não querer me ver mais, me acusa de ter batido em seus filhos, mas eu não me lembro, tenho crises de esquecimento (converciva), não fico em mim. Essa minha companheira tentou suicídio a uma semana, estava na pior, eu é que tirei ela, que salvei, trouxe para o hospital, dei apoio.

Segundo familiares V., jogou E. contra a família, agora que ela tem tudo para construir a casa, arranjou um homem para a construção. "Para E. é Deus no céu e V. na terra. E. já tentou suicídio uma vez, quando minha mãe resolveu ir morar com outra irmã, depois de algum tempo E. tomou remédios para suicidar-se". Anterior as tentativas de suicídio ela refere matar-se, se a mãe saísse pela porta, e antes de tentar a segunda vez falou antes com psicólogo.

Sabe eu nunca fumei ou me piquei, mas costumava sair pelos bares, beber muito. Depois que conheci V. ela me fez mudar, mostrou coisas novas, um outro tipo de vida, não consigo viver sem eles, porque Deus tirou as coisas mais importantes para mim, ele me abandonou.

Eu sabia o que estava fazendo, primeiro conversei com Dr. S., meu psicólogo, mas não adiantou nada eu preciso de uma amiga, ela me abandonou. Então tentei suicídio, tomei os remédios e veneno de rato, mais era muito ruim, depois telefonei para V. ela pediu para mim me dirigir a seu trabalho que

gostaria de falar-me, quando lá cheguei fui levada ao hospital.

Conforme familiares aos 9 anos ocorreu uma relação incestuosa com o irmão mais velho, na adolescência a mesma tinha alguns namorados, mas nada sério. Há mais ou menos 1 1/2 ano iniciou com relação homossexual. Não foi fácil para aceitar a situação, principalmente para minha mãe, mas até ela aceitou, e recebia V. em casa, para não perder todo o contato".

Sua menarca ocorreu aos 11 anos, ciclos irregulares, com duração de 4 dias, refere libido, orgasmo, nega dispareunia, usou anticoncepcional no passado (V.O.), apresentando atualmente displasia mamária.

Evolução: inicialmente paciente apresentava idéia obsessiva de morte, não conformando-se com a perda, sua vida não tinha sentido, com crise de choro durante visita de familiares e em diálogo com uma das acadêmicas.

Apresentou hipotensão, hipertermia, insônia, dor abdominal, dormência na face e membros superiores e inferiores, fragilidade venosa, enurese noturna, com períodos de calma e agressividade, com labilidade emocional, fazendo uso de mensagem escrita, rejeitando alimentação, referindo não querer viver.

Após cinco dias de hospitalização, durante os quais foi mantida em fluidoterapia para dificultar tentativa de fuga ou suicídio. Teve alta hospitalar, consciente de que será difícil retornar as suas atividades, que foi importante o apoio recebido, mas que precisa de uma amiga, não mais referiu idéia de suicídio.

Pretende falar com V., agora que as idéias estão mais organizadas. Sabe que necessitará de acompanhamento psicoterá

pico, o qual teve continuidade durante a internação. Aceit<sup>u</sup>do bem alimenta<sup>ç</sup>ão, sem altera<sup>ç</sup>ões nas elimina<sup>ç</sup>ões, com rever<sup>u</sup>são do quadro de intoxica<sup>ç</sup>ão medicamentosa.

Exames: Hemograma: glicose 86 (70-110 mg/dl); gasome<sup>u</sup>tria: pH - 7,38, BE - 9,0 mEq/l, PCO<sub>2</sub> - 21 mmHg, bicarbonato - 12 mEq/l, PO<sub>2</sub> - 131,5 mmHg, sat. O<sub>2</sub> - 98,5%; Hemograma: T. Protrombina - 12",5 = 93%; bioqu<sup>í</sup>mica: ur<sup>e</sup>ia: 16 (15-40 mg/dl), creatinina: 0,78 (0,40-1,30 mg/dl), glicose: 93 (70 - 110 mg/dl); urina: cor: A. citrino, pH: 8,0, densidade: 1010, de<sup>u</sup>pósito: pequeno, prote<sup>i</sup>na: vestígio, células e p<sup>u</sup> epiteliais: 512.000 (até 4.000 p/ml), bacterúria: discreta, hemoglobina: +, filamento de muco: presente; parasitológico: negativo; hemo<sup>u</sup>grama: sem anormalidades; KPTT: D = 23, N = 34, Rel. D/N = 0,9.

Terapêutica: SG 5% 500 ml - 1 gota; SF 0,9% 100 ml - 30 gotas; glicose 50% 1 amp. no SG; lavagem gástrica; kana<sup>u</sup>kion 10 mg 2 amp. IM; S.V. 1/1 hora; controle de T. 4 vezes ao dia; observar consciência e pupila; dieta zero; lasix 2 amp. EV; manitol 1 frasco em 30 minutos; cuidados S. de Fo<sup>u</sup>lley; diurese 24 horas; SG 5% 2.000 ml 22 gotas; SF 0,9% 1.500 ml 18 gotas; KCl 19,1% - 5 ml em cada SG; dipirona 40 gotas V.O. 6/6 horas (s/n); dieta branda; SG 5% 1.500 ml 18 gotas; SF 0,9% 500 ml 6 gotas; complexo B. 1 amp. cada SG, com<sup>u</sup>plexo B. 1 amp. cada SG; complexo B 1 comp. 2 vezes ao dia; vitamina C 1 comp. 2 vezes ao dia; plasil 2 comp. E.V. (s/n); dieta livre.

Conduta de Enfermagem: histórico de enfermagem, SOAP e prescri<sup>ç</sup>ão diários; visita e diálogo diário; discussã<sup>o</sup> de ca<sup>u</sup>so com psicólogo e enfermeiras supervisoras; apoio psicológi<sup>u</sup>co e espiritual; contato com familiares; discussã<sup>o</sup> do caso com assistênci<sup>a</sup> social.

Identificação: M.F.S., 47 anos, cor branca, sexo feminino, casada, 13 filhos, 1º grau incompleto, do lar, católica, natural de São José, procedente de Colônia Santana.

É sua segunda internação no HU, várias internações anteriores no HCR, internada aos 22/09/87 com queixa de dispnéia, tornando-se mais intensa nos últimos 4 dias com tosse e expectoração suco-espumosa, cefaléia, cianose de extremidades, edema facial e MMII, palpitações aos esforços, sibilos disseminados detectados na ausculta pulmonar, tiragem intercostais e diagnóstico de Asma Brônquica e H.A.S.. Faz uso de Aerolin Spray e 2 comprimidos de Aminofilina 3 vezes ao dia.

Realizou cirurgia de colpoperineoplastia há  $\pm$  3 meses devido bexiga caída (sic) e desde a cirurgia não menstruou mais. Refere que é portadora de asma brônquica desde aos 12 anos, período de sua menarca, conseqüente de não orientação nenhuma sobre a mesma "fui, no primeiro dia da menarca tomar banho em água de cachoeira. O dia era quente e a água gelada. Minha menstruação cessou e logo no outro dia comecei com crise asmática e desde então tenho frequentes crises".

Sua mãe faleceu de diabetes e pai de AVC. Tem 12 irmãos e 13 filhos. Aos filhos não pode dar muitos estudos, apenas primário, por problemas financeiros.

Atualmente tem muito medo de morrer, principalmente em período noturno e despercebidamente.

Casou-se com um alcoólatra, sabendo que o mesmo bebia, foi muitas vezes agredida fisicamente e principalmente da forma verbal ante os filhos. "As agressões físicas não me angustiam mais, mas tudo o que ele falou de palavrões, desmoralizando-me diante de muitos não esqueço nunca mais e odeio meu marido sem cessar". Atualmente seu esposo faz pouco uso do álcool por ser enfisematoso, mas é fumante inveterado e nervoso

so aos extremos. A noite fuma no quarto, permanece com rádio ligado às vezes a noite inteira não deixando eu dormir. Sinto é mesmo raiva constante dele, não suporto sua presença. Meus filhos também o odeiam. Mantenho relação com ele por sentir-me culpada por ter casado com ele e acho que tenho obrigação de não separar-me por motivo dos filhos. Refere que geralmente suas crises são desencadeadas por esta situação de angústia e stress, preocupações e conflitos conjugais. No hospital apresenta-se bastante apática com olhar desadiador e duro, mantendo-se fechada, inicialmente para diálogo sobre seu problema e posteriormente dialogando apenas com determinadas pessoas, recusando outras. A maior parte do período permaneceu no leito, ansiosa, recusando acompanhamento com psicólogo apesar de se conscientizar de seu problema e causa biopsicossocial. Em crise e quando da necessidade de introdução de catéter de  $O_2$  para terapia ofereceu grande relutância, exigindo muito tempo, diálogo e paciência até permitir técnica de introdução do mesmo. Teve boa evolução do quadro dispnêico. Alimentou-se bem, porém com ingesta insuficiente de líquidos. Eliminações e SV dentro do padrão de normalidade. Teve recidiva da crise por ocasião de sua filha (16 anos) fugir de casa com seu namorado e por não ser atendido seu pedido de alta por este motivo. Posteriormente concordando com mais um dias de permanência hospitalar e recuperando de sua crise, ansiosa pelo lar e com prevalência de negação para uma psicoterapia como de visita domiciliar para avaliação do seu quadro.

Exames: gasometria: pH 7,46 mmHg,  $PCO_2$  20,8 mm/l,  $PO_2$  65,0 mmHg, Sat.  $O_2$  91,3%, excesso de base (BE) 6,0, bicarbonato "actual" 15,0 mEq/l; hemograma: leucócitos: 5.400 (5.000-8.000), segmentados: 1.836 (3.000-6.500), linfócito Tip. 2.916 (1.000-3.000), eritócito: 4,8 m/mm<sup>3</sup>, hemoglobina 14,1 g/dl ,

bioquímica: uréia, creatinina, glicose, Na e potássio: nor mais; urina: discreta bacterúria. Demais dados normais.

Terapêutica: dieta livre; Neb. com SF + aerolin 10 go tas 3 vezes ao dia; SG 5% 1.500 ml em 24 horas; aminofilina 1 amp. em cada SG 5%; solucortef 100 mg E.V. 4/4 horas; aminofi lina 2 comp. V.O. 6/6 horas; O<sub>2</sub> s/n.

Conduta de Enfermagem: histórico de enfermagem; SOAP e prescrição diária; diálogo e visita diária; apoio emocional e assistência espiritual; discussão do caso com psicólogo ; orientação quanto a patologia + alta; estimulada para psicote rapia; auxílio na terapêutica.

Identificação: N.M.S., 22 anos, católica, solteira, ne gra, primeiro grau incompleto, doméstica, natural e proceden te de Imbituba.

Internou em 22/09/87, sendo está sua segunda interna ção no HU, com diagnóstico de Brocquíectasia, DPOC e ansieda de. Já esteve várias vezes no HSC, em Imbituba com o mesmo quadro clínico. Em sua primeira internação nesta instituição a cliente apresentou crises de choro, ansiedade, assustada, pedindo pela mãe, relatando queixas de dor em vários sistemas.

Quando da hospitalização apresentava um quadro clínico com falta de ar, há aproximadamente 2 meses, tosse produtiva, febre, respiração ruidosa, com detecção de roncos, sibilos e estretos em ambos os pulmões. Referindo anorexia, epigas tralgia há mais ou menos 20 anos, atenia há aproximadamente 5 duas e 15 dias com dor torácica, insônia, cefaléia, vertin gens, zumbidos nos ouvidos ocasionalmente, vômitos alimenta res após as refeições, com dor ao urinar, odor fétido (infec ção urinária de repetição), com asma brônquica desde 7 anos, relata que a mesma iniciou quando o pai pintava a casa, não

suporta poeira e odores fortes. Há aproximadamente 1 ano quando da primeira internação foi realizado broncoscopia a qual não revelou nenhuma anormalidade. Relata pancreatite há mais ou menos 7 anos, devido a qual sofreu cirurgia. Faz uso de aminofilina + aerolyn spray.

História Familiar: cita que vários parentes faleceram de tuberculose. "Tenho medo de também estar com essa doença e morrer, pois meu primo (18 anos) e prima (23 anos) que residiam próximo a minha casa faleceram de tuberculose há aproximadamente 2 meses, período em que iniciou os primeiros sintomas, bem como um tio materno; dois tios paternos e uma tia materna faleceram de leucemia, Ca. pulmão e Ca. renal respectivamente, tia materna possui hanseníase, pai e mãe cardiopata e hipertensos.

A cliente nega vícios, desconhece patologia, demonstra ansiedade em retornar a casa, tem muitas saudades do pai e que o mesmo lhe prometeu um anel de brilhante assim que sair do hospital. "Meu pai sempre me dá coisas se minha mãe concordar".

Durante os diálogos a paciente procurou transmitir uma imagem ideal do ambiente familiar, no qual não há brigas e todos se entendem maravilhosamente bem.

Relata ter maior apego pelo pai, depois do atrito com a mãe, quando a mesma tinha aproximadamente 12 anos, devido uma compra mal feita. Até então sua relação com a mãe era mais intensa, com a qual conversava tudo, inclusive sobre sexualidade e menstruação, seu ciclo é irregular com dismenorréia, "tenho um namorado há mais ou menos 3 meses, mais não é nada sério". Lá em casa tanto meu pai como minha mãe dão ordens. Minha mãe já trabalhou fora, mas como meu pai tem uma boa condição econômica, ela desistiu do emprego.



Já trabalhei de doméstica, hoje ajudo minha irmã na costura, gosto muito deste trabalho.

Seu comportamento é bastante reservado, introvertido, muitas vezes negando diálogo, outras vezes queixando-se de algia generalizada. Quando abordada sobre a família responde in completamente ou conversa sobre outros assuntos, transmite in formações contraditórias a vários membros da equipe de saúde, exarceba os sintomas da patologia que não correspondem aos exames realizados.

Evolução: inicialmente apresentava dispnéia intensa ao repouso respiração ruidosa, tosse produtiva com expectoração muco espumosa-esbranquiçada em média quantidade, permanecendo grande parte do tempo no leito, com insônia, gritos, gemidos durante período noturno, anorexia, astenia, dor epigástrica, vômitos pós refeições em pequena quantidade, constipação in testinal (1 semana), dor diafragmática, cefaléia, algia em membros inferiores, zumbidos ocasionais em ambos ouvidos, fe brículas, dismenorréia, disúria.

Sua expectoração evoluiu para muco-espumoso com es trias ou pontos hemoptóicos e em uma única situação com hemop tise. Permanece com constipação intestinal intensa, com dieta rica em fibras, sem dilatação abdominal ou flatulência.

Durante internação permaneceu com sinais vitais está veis, sem perda de peso, com boa evolução do quadro gástrico, apenas 1 dia após alta hospitalar a paciente apresentou re gressão total do quadro respiratório, nesta ocasião a médica referiu a mesma: "que legal N., estais ótima, sem tiragens in tercostais, respirando bem, deambulando pelo setor, gostei de ver". A reação da paciente foi um sorriso envergonhado ou tal vez tímido (?), com um baixar de cabeça se retirou.

Durante permanência no hospital a mesma parecia exacer

bar os sinais referentes a patologia, na presença de profis  
sionais, deixando de se alimentar quando alguém entrava no  
quarto, transmitia diferentes informações, detectado auto-fla  
gelação na mucosa oral, não conseguia urinar quando era neces  
sário coleta de material, segundo prescrição médica permane  
cia em fluidoterapia para efeito psicológico, os sintomas re  
feridos pela paciente não correspondiam aos exames realiza  
dos.

OBS: Em determinada ocasião em que era realizado o estudo de  
seu caso pela "medicina", a cliente referiu sentir-se an  
siosa, angustiada, com taquicardia, sudorese, pelo fato  
da médica referir que seu caso era grave.

Exames: ECG: alterações difusas de repolarização ven  
tricular; urina: cor: A. citrino, pH: 5,0, depósito: pequeno,  
densidade: 1025, células epiteliais: 8.000 (até 15.000 p/ml),  
leucócitos: 6.000 (até 10.000 p/ml), bacterúria: discreta, fi  
lamentos muco: presentes, cristais: oxalato de cálcio; hemo  
grama: leucócitos: 14.000 (5.000-8.000), segmentados: 9.685  
(3.000-6.500), linfócitos tip.: 4.172 (1.000-3.000), eritróci  
tos: 4,4 m/mm<sup>3</sup>, hematócrito: 38%, hemoglobina: 13,2 g/dl; bio  
química: sem anormalidades; gasometria: pH: 7,50 mmHg, PCO<sub>2</sub>:  
15 mm/l, PO<sub>2</sub>: 84,8 mm/hg, Sat. O<sub>2</sub>: 96,7%, BE: 8,0 mEq/l, bi  
carbonato "actual": 12,0 mEq/l; gasometria: pH: 7,50 mmHg ,  
PCO<sub>2</sub>: 15, PO<sub>2</sub>: 109, Sat. O<sub>2</sub>: 108,5%, BE: 7,0, bicarbonato:  
11; ECG: taquicardia sinusal.

Terapêutica: dieta livre; SG 5% 200 ml IV - 24 gotas;  
aminofilina 14 ml/SG 5%; aerolin spray 3 bombadas 4 vezes ao  
dia; cateter de O<sub>2</sub> - 2/l; S.V. 4 vezes/dia; SG 5% 1.500 ml -  
18 gotas; nebulização SF - 5 cc; drenagem postural e tapota  
gem; novalgina (s/n); SG 5% 500 ml - 6 gotas IV; dieta 4 gr.  
de sal; aminofilina 1 amp. EV.; KCl 19,1% 10 ml/SG 5%, bac

trin; aldrex 15 ml 1 e 3 horas após refeições; dipirona EV;  
voltaren; plasil (s/n); meticortem 20 mg V.O.; pesar 3/3  
dias; fisioterapia respiratória.

Conduta de Enfermagem: histórico de enfermagem, visita  
e diálogo diário; prescrição e SOAP diário; discussão de caso  
com psicólogo e enfermeira supervisora; orientação quanto a  
patologia; orientação na alta hospitalar.

### III - RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR

Foi realizada no dia 29.10.87 na localidade do Estreito em Florianópolis, à cliente L.M.M. Encontramos a mesma em seu lar em companhia da filha, aparentemente satisfeita, comunicativa, com expressão alegre e satisfeita devido nossa presença. Veio ao nosso encontro convidando-nos para sentar. Referiu ter chegado bem do hospital apesar do esforço devido a subida até sua casa, não sentindo dor pré-cordial. Está seguindo corretamente as instruções (medicação, repouso, curativo e dieta). Com PA 150 X 110 mmHg e P. 108 bat./min. Extremidades dos MMII, principalmente E, apresentavam cianose após deixá-los aproximadamente 15 minutos em declive. Logo após elevação dos membros regrediu cianose. Apresentou as consultas previamente marcadas em ambulatório. Relata que logo que chegou em casa percebeu que a situação com o esposo não havia mudado com o uso de bebida como havia sido informada pela filha enquanto internada. Os mesmos referiram terem passado um inferno com ele, mas não o anunciaram afim de tranquilizar a mãe. Paciente demonstrou preocupação com o fato. No primeiro dia de estadia no seu lar sentiu vontade de voltar e permanecer no hospital devido constatar que a sua realidade não havia mudado, deixando-a nervosa, preocupada e irritada com a situação do conjugue, incompreensão e ingratidão da filha mais

velha que abandonou os seus dois filhos (5 e 7 anos) sob sua inteira responsabilidade quando foi trabalhar. Ocorreu durante este período um temporal onde ela teve que recolher as crianças encontrando-os tomando solução de uma garrafa suja, a qual referiram ser veneno, levando a mesma a sentir-se mal e com tonturas. Ao comunicar a sua filha da sua impossibilidade devido sua saúde e de estar necessitando de ajuda, a mesma não compreendeu a situação e mostrou-se indiferente, não dialogando com a mãe o que a fez entrar em crise de choro. "A essas horas preferiria estar no hospital para não ter preocupações dessa ordem, ter pronto atendimento e comida na hora". Permaneceu pela manhã em companhia da mãe a qual na hora do almoço aconselhou o seu marido a deixar da bebida, o qual a olhou muito sério. Voltamos a falar sobre o alcoolismo com a cliente e sua filha, aconselhando a busca de solução como anteriormente indicado, colocando-nos a disposição para qualquer eventualidade. A seguir a mesma nos mostrou os seus álbuns de fotos do seu filho falecido há 10 meses chorando muito e lamentando a falta de um filho tão generoso que a fazia sorrir e esquecer por momentos as suas tristezas. comentou que sua filha mais velha estava brigada com o mesmo quando de sua morte, e que teve todo apoio da mãe e irmãos, dizendo a ela que é normal situações com intrigas e desentendimentos entre irmãos. "Ela sempre teve ciúme dele e da irmã J. Nunca se deram bem, pensei que ela ia ficar louca". Ainda relacionado com a perda de seu filho, refere que não fará mais festas nem no Natal, pois com seu falecimento "acabou tudo". "Meus filhos me aconselham a eliminar as suas fotos e procurar não lembrar de momentos que o tornam vivo e presente em sua memória. Citou também que a esposa do falecido filho não aceitou morar com ela o que lhe trás muita tristeza. Sua filha J, e seu na

morado que planejam casar-se em dezembro do corrente ano, lhe trazem muitas alegrias, por assemelhar-se a generosidade e dedicação de seu filho falecido. Orientamos que a mesma retorne a atividades que possam distraí-la e ocupar seus momentos da melhor forma possível, como por exemplo efetuar trabalhos manuais e associar-se a grupos que lhe deem apoio espiritual. Que não deixasse de comemorar festas tradicionais que anteriormente alegravam sua vida e família, pois, possui outros filhos que desejam sua prosperidade. Citamos a normalidade de seus sentimentos pela perda do filho e que a mesma procurasse abafar e não reprimir sem prevalecer com estes pensamentos. No final da visita a mesma sorria e brincava sobre possibilidades de vivenciar o futuro com maior satisfação e solicitou que repetissemos a visita-

A solicitação de visita domiciliar foi realizada pela segunda vez à paciente aos 24 de novembro de 1987, por uma acadêmica do projeto acompanhado por uma acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem do Rio Grande do Sul a qual realiza sua pesquisa sobre psiquiatria social na mesma clínica do HU.

Encontramos L.M.M. em plena atividade domiciliar (limpeza e ordem) apresentando-se nervosa e agitada ao mesmo tempo que referiu estar muito alegre com a nossa visita. Sua situação era de extremo stress por ocorrência de desentendimento com esposo alcoolizado no dia anterior e ameaças de abandonar a casa bem como por tentativa de homicídio entre dois filhos seus, um alcoolizado agredindo o menor da casa o qual respondendo ao mesmo quase sofreu homicídio. Inclusive a mãe de L.M.M. estava presente e ainda muito comovida e nervosa sobre o ocorrido, tentando acalmar-se a base de água açucarada. Uma colega de L. penalizada com a sua situação, estava também

em sua companhia para auxiliá-la na limpeza e preparo de alimentos.

Com labilidade emocional, L. chorou ao contar sobre o que tem passado de angústia, nervosismo e depressão. Apresentando PA de 180 X 110 mmHg, P. 108 bat./min., T. 37°C, edema acentuado MIE, hiperemia e empastamento da panturilha, cianose de extremidades MIE, presença de secreção serosa em local de úlcera anterior, referindo que ela permanece quase o dia todo em atividades, sem elevação dos membros, sentindo dormência no MIE. Consultou há 12 dias com médico da vascular o qual prescreveu Benzetacil 6 frascos, 1 frasco I.M. de 15/15 dias. Venalot drágeas e Higroton 50 mg para uso diário. Tomou a paciente apenas 1 frasco de Benzetacil e não tomou demais remédios porque seu esposo não deu dinheiro para comprá-los, dizendo que ela estava boa pela possibilidade presente de se locomover o que dispensa o uso dos medicamentos. Não comprou os remédios da renda de sua aposentadoria pois o valor da mesma não deu para pagar as prestações todas que já estão em atraso de pagamento, deixando-os em situação econômica muito crítica, o que a deixam nervosa por tudo que a rodeia, por qualquer solicitação, com anorexia e vontade de voltar ao hospital onde fica afastada dos problemas, sem preocupação por comida além do carinho e cuidado que recebeu das pessoas da equipe de saúde. Inclusive, quando da entrevista pela acadêmica do Rio Grande do Sul sobre uma pesquisa das pessoas mais importantes de sua vida, a mesma citou o nome de uma acadêmica do projeto, referindo: "essa aí que me deu muito apoio emocional e muito me ajudou no hospital".

Após diálogo, verificação do estado geral e orientação da necessidade de adquirir os medicamentos prescritos pelo vascular, do repouso com elevação do membro afetado, de rea

lizar sua consulta marcada para 25/11, finalizamos, profundamente comovidas, a visita com solicitação da cliente para retorno em data posterior.



#### IV - RELATÓRIO DA DINÂMICA DE GRUPO

A primeira dinâmica de grupo realizou-se a 19/10/87 , com participação de 9 (nove) pacientes, 1 (uma) acadêmica de assistência social e 2 (duas) acadêmicas de enfermagem.

A dinâmica de grupo desenvolveu-se com participação geral, variedades de assuntos (aborto, sexualidade, família, anticoncepção, planejamento familiar, religião, terapêuticas alternativas, D.M., hipertensão, hospitalização, atendimento da equipe de saúde, alimentação). No transcorrer da dinâmica de grupo permitiu um fluxo livre de exposição de idéias, com boa interação dos pacientes entre si e membros da equipe de saúde. Sendo solicitado no final desta a repetição da atividade.

A segunda dinamica de grupo realizou-se em 16/11/87 com participação de 6 (seis) pacientes e 2 (duas) acadêmicas de enfermagem.

Desenvolver-se com necessidade de dirigir a participação dos presentes por perceber constrangimento de exposição espontânea. Houve interação e participação, discorrendo sobre hospitalização, submissão do paciente a equipe profissional em um hospital escola (anamnese, aulas .,.), necessidade de contato com familiares, importância da relação da equipe de saúde, cientização da patologia, dietas, educação, trabalho da comunidade junto a escola, educação sexual vida conjugal,

alimentação. Tendo como ponto alto desta a declaração espontânea de uma das pacientes a respeito de sua vida. Sendo prorrogado o tempo da dinâmica de grupo que se estendeu por aproximadamente 1 (uma) hora a mais, com solicitação de que fosse realizada em breve nova dinâmica de grupo.

Em 23/11/87, a terceira dinâmica de grupo iniciou as 18:20 horas com 20 minutos de atraso devido antecipação da missa dos pacientes. Participou da dinâmica de grupo um total de 10 (dez) pacientes, sendo 9 (nove) pacientes com primeira participação e 1 (um) paciente a terceira participação, assim como 2 (duas) acadêmicas de enfermagem.

Em período inicial houve apresentação individual (nome, dias de internação, número de internações anteriores e motivo da internação). A seguir houve exposição espontânea sobre "internação e ambiente hospitalar", com referência muito satisfatória quanto ao tratamento da equipe multiprofissional e alimentação. Foi comparada a assistência do HU com outros hospitais, pelas pacientes, dizendo que o HU é o melhor hospital existente. Foi lançada a pergunta sobre o motivo da proibição de pacientes receberem alimentação de casa. As clientes mencionaram que o melhor lugar é a casa própria, mas, assim mesmo, há muito motivo de gratidão a Deus pelos privilégios no hospital (visita, pronto atendimento, amor e carinho, adequação da dieta) que o hospital oferece aos internados. Esta observação foi feita com unanimidade após uma cliente confrontá-las com a situação de um hospital psiquiátrico. Foi também solicitado esclarecimento sobre realização ou não de cirurgia em caso de paciente menstruada (ligadura).

Prosseguindo, foi apresentado uma série de slides sobre o livro dos Salmos das Sagradas Escrituras, abordando sobre confiança em Deus, arrependimento, gratidão e louvor.

Com finalização as 19:50 horas foi solicitado, pelos presentes, a repetição de reuniões desta ordem por motivo de favorecerem, distração, desabafo e porque favorecem o aprendizado.

Entrevista com Assistente Social, que outrora realizou um trabalho de Dinâmica de Grupo com pacientes deste hospital, entrevistando 80 (oitenta) pacientes e efetuando várias visitas domiciliares, com pesquisa sobre influência emocional em patologia orgânica.

E. Como foi esta sua experiência?

AS. Iniciei com grupo de medicina onde esta tratava da parte orgânica e eu da parte psicossocial, com reuniões de discussão sobre o assunto. Após 2 (dois) meses houve desistência da parte da medicina porque acharam lógico a influência do social na patologia, mas não se observa nenhum encaminhamento por parte da medicina. A seguir tentei o trabalho com grupos de enfermagem, farmácia e bioquímica, como com a nutrição e os mesmos não demonstraram interesse pelo projeto. Contatuei a psicologia e continiei projeto com um membro da mesma na clínica médica masculina e feminina do HU. No próprio hospital não encontrei espaço necessário para desenvolvimento do projeto. Mesmo assim realizei várias reuniões com boa aceitação dos pacientes com participação satisfatória, sendo mais acentuada na clínica médica masculina. Os temas eram levantados pelos pacientes. com início de debates não dirigidos o que mostrou a necessidade de conduzir o grupo, o que foi feito com elaboração de questionários e que surtiu participação ampla através dos diálogos os pacientes expressaram suas emoções e angústias e buscaram informa

ções sobre vários assuntos. Houve maior sociabilidade entre os próprios pacientes preenchendo o espaço vago de não ter familiar ao seu lado e muitos que nem recebem visitas diárias. Os assuntos mais discutidos foram: reforma agrária, aborto, problemas familiares e sexuais. Houve percepção de resistência ampla em tratar de temas que falassem sobre a doença dos pacientes.

E. Qual a sua sugestão sobre continuidade de um trabalho deste tipo na área hospitalar.

AS. Deveria haver espaço cedido no hospital para este trabalho devido satisfação, aprendizado e humanização dos pacientes entre si. O próprio paciente deveria ser estimulado para prever continuidade do mesmo no hospital.

**V - RELATÓRIO DA ENTREVISTA COM ENFERMEIRA DA  
UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA FEMININA**

Qual a sua óptica quanto ao atendimento ao paciente na área orgânica, incluindo parte emocional?

Em primeiro lugar o enfermeiro(a), embora sensível e com percepção da necessidade emocional, relacionado ao problema orgânico, não atende mais essa necessidade do paciente.

Seu tempo é totalmente absorvido por suas múltiplas atividades, voltadas a parte do atendimento e técnicas organicistas. Há ainda a tendência de minimizar a situação, através de contatos mais afetivos, porém desconhecem-se a(s) técnica(s) e conhecimento necessário para que se realize uma melhor assistência a nível psíquico, pois o embasamento que tivemos na faculdade, além de ser insuficiente é facilmente esquecido por não atuarmos nesta área o que torna o enfermeiro impotente diante de situações conflituosas, trazendo posteriores frustrações. Na própria equipe de enfermagem observa-se rotulações do(s) paciente(s), rigidizando suas alterações de conduta. não valorizando esse fator clínico "e fica por isso mesmo". Já a equipe médica tem tendência a ignorar o fator psicológico, classificando-o como "piti", partindo para uma assistência puramente medicamentosa (tentativas), tornando perceptível uma barreira na relação médico-paciente, além de

não realizarem encaminhamentos à profissionais especializados (ver relatório da paciente A.M.P.).

Anteriormente houve acompanhamento de psicólogo, com interação a equipe de enfermagem, com apoio mutuo favorecendo aprendizado e consequente assistência satisfatória ao paciente. Atualmente "não sei se pela demanda do psicólogo, talvez sua agenda não permita mais essa interação, não sendo mais validado um parecer da enfermagem, restrito a atender apenas pedidos médicos, os quais nem sempre são atendidos, permitindo ocasiões onde se teme uma situação irreversível por parte do paciente com problema mental grave.

Quanto a possibilidade de estruturar o atendimento específico nesta área?

Acredito ser importante e muito necessário a estruturação deste atendimento à nível de enfermagem, uma vez que sendo ele(a), o(a) enfermeiro(a) que convive em período integral com o paciente, o que lhe permite percepção das necessidades psicossomáticas no setor, pois há uma grande demanda. Sendo necessário um(a) enfermeiro(a) "especializado" determinado apenas para esse tipo de atendimento, o qual deveria ser fixo a clínica, com visitas e atendimento a outros setores em caso de solicitação.

Creio não ser difícil a partir do órgão de enfermagem, mas se torna necessário conscientização do órgão superior para deliberar um profissional nesta área. pois. o mesmo já acha que os profissionais de enfermagem de nível superior, são muitos a ponto de se esbarrarem um no outro. "Tenho certeza que uma vez estruturado este serviço, o mesmo será procurado, com tanta ênfase que logo exigirá maior número de profissionais nesta área.

## Entrevista ocasional com Formando de Medicina:

E. O que você acha sobre medicina psicossomática?

F. Como você quer dizer?

E. Aliás, primeiro quero perguntar-lhe qual o preparo que vo  
cês recebem para não apenas atender o soma (corpo, ferida)  
do doente, mas também a parte psyche (mente)?

F. Nós temos uma disciplina de psicologia e uma de psiquia  
tria.

E. Como vocês são treinados na prática e qual a importância  
que dão a parte psíquica do paciente?

F. Como assim?

E. Aqui no dia a dia, no atendimento ao paciente internado?

F. Mas aqui internados só tem com problemas orgânicos. Não te  
mos pacientes psiquiátricos.

E. O que nós vimos na teoria e agora estamos vivenciando na  
prática é que não há pacientes com problemas puramente or  
gânicos.

F. Sim, há pacientes com problemas.

E. Ai vocês fazem o que?

F. Como?

E. Vocês fazem encaminhamento ao psicólogo? tentam resolver?  
ou ...?

F. Eu até hoje não fiz nenhum encaminhamento.

Fomos interrompidos e marcamos diálogo posterior.

Continuação:

F. Podemos conversar?

E. (Ao caminhar à sala). Qual será sua especialidade médica?

F. Psiquiatria

E. Então estamos no endereço certo.

F. Não, nada não, serei ortopedista ... Sim, o que vocês que

rem?

E. Gostaríamos de ouvir sua opinião sobre assistência psicosomática ao paciente.

F. Bem, esta não é nossa função, deixa prá lá.

E. Ouvimos o relato de alguns pacientes e percebemos mais e mais a necessidade de atender o indivíduo como um todo.

F. Sim, não somos nós que vamos resolver ESTES problemas.

E. O que pensa então sobre encaminhamento?

F. É. Prá assistente social. Sim, o que vocês querem com isso?

E. Queremos alertar e que vocês despertem para esta realidade.

F. No que posso ajudá-las?

E. Se tiver um caso nesta área poderia nos comunicar para incluirmo-lo no nosso projeto?

F. Acenou a cabeça afirmativamente após breve silêncio.

OBS: Em 55 dias consecutivos de estágio solicitou acompanhamento de um paciente com problema PSIQUIÁTRICO.



## VI - CONCLUSÕES DOS ESTUDOS

O acompanhamento dos pacientes, da maioria em estudo, nos mostra que todo fenômeno humano é sempre biológico, psicológico e social, segundo exemplo do relatório de L.M.M. e C.M.R. Este conhecimento é uma atitude certamente decisiva na evolução da assistência, de orientar o pensamento do profissional para a realidade global do paciente.

Uma dicotomia, em querermos considerar, de um lado de sordens somatogênicas, do outro desordens psicogênicas e ainda do outro lado as desordens de origem social, tem sido o maior entrave à compreensão da problemática do homem como um todo. A tendência é considerar as doenças como resultado de algum agente externo, o microorganismo como o vírus, a bactéria, o parasito, o agente químico e físico como o único responsável pela doença. Este pensamento em todo o transcorrer do estágio, o qual é, conforme PERESTRELLO<sup>7</sup> a PESSOA. O mesmo autor afirma que o termo "psicogênico" é hoje obsoleto. Obsoleto e um entrave para a compreensão da medicina da pessoa. "Não se pode admitir haver doenças "psicogênicas" e "somatogênicas"; seria, permita-se-me dizê-lo, voltar ao tempo de Descartes, Do mesmo modo que não se pode falar em doenças psicossomáticas e outras que o não são, já que, sendo o homem um todo psicossomático, todas as doenças são psicossomáticas".

Para conhecer os fatores, além dos citados na entrevista dos pacientes deste projeto, que influem na constituição, aparecimento, estruturação, evolução, curso da doença ou mesmo sua recidiva, como no caso de frequentes erisipelas da paciente L.M.M., é necessário focalizar o homem e estudá-lo em função de sua vida e seus valores presentes, passados e futuros, investigando-o do ponto de vista histórico-biográfico em termos de sua dinâmica inconsciente e individualizar seus problemas especificamente pessoais, razão por que focalizamos a biografia conforme relato espontâneo dos pacientes em estudo.

Da mesma paciente, vimos que afecções psicossomáticas associadas a problemas sociais podem envolver a pele como "órgão de expressão", a mais precocemente posto em contato o envolvido com vivências e expressões de emoções, segundo experiência de vários autores.

Diz ABRAMOVICH "o desejo humano de fugir dos conflitos psicológicos, refugiando-se no orgânico, é muito grande, e é difícil tentar especificar o tipo de sintoma orgânico que cada indivíduo apresentará frente a sua situação ansiosa.

Orbaneja citado por PAIVA diz "em nenhum campo da medicina se pode melhor por à prova a medicina psicossomática do que no campo da dermatologia". "Numerosos quadros dermatológicos hão de estar influenciados ou condicionados por fatores emocionais, através de um mecanismo biológico, fácil de compreender. O número de dermatoses psicossomáticas é maior do que suposto. Estão presentes fatores emotivos ainda quando possuem uma etiologia e uma patogenia bem definida e concreta. É difícil para os especialistas (dermatologistas) atuais, orientados no sentido de uma apreciação predominantemente morfológica e estrutural das lesões cutâneas reconhecer facilmente a existência de processos psicossomáticos da pele. A todo derma

tologista seria fácil, se maior atenção desse ao testemunho de seus doentes, verificar o aparecimento de surtos de lesões cutâneas das mais variadas índoles em coincidência com traumas psíquicos. "Segundo o mesmo autor, se analisarmos o caso da paciente aqui relatado, veremos que a exacerbação dos sintomas coincide com choques emocionais ou com situações psicológicas conflituosas e que, em alguns pacientes, estas últimas acompanham constantemente a recidiva de suas lesões.

Quanto mais dirigida e mais cuidados a nossa pesquisa em doenças de pele como de outros órgãos e sistemas, mais nos inclinamos a crer que, a tensão emocional, o defeito de personalidade, o conflito e a ansiedade, a repressão e os complexos tem seu lugar como influências causais e devem ser vistos e considerados lado a lado e algumas vezes mesmo antes, na correção das disfunções mais aparentemente físicas o que também foi sublinhado pelo orientador Vanir Cardoso.

Observamos que tanto na medicina quanto na enfermagem existe a tendência a pensar em termos de causas exclusivas, em lugar de considerar-se e muito menos em atuar sobre o conjunto de fatores em ação (verificar entrevistas anexas da enfermeira, formando de medicina e estudantes de assistência social). O fator psíquico raramente aparece como exclusivo nas doenças e, associado à dicotomização do indivíduo, visando cada um a sua especialidade, (às vezes apenas enquanto o paciente está a nossa frente, acamado em hospital, conforme exemplo da paciente I.H.B. e C.M.R.), seja talvez este conjunto o responsável de não aceitar tão facilmente o fator psíquico como os fungos microorganismos celulares e outros fatores semelhantes.

Conforme PAIVA<sup>6</sup>, "o fator psicológico influi de maneira incontestada sobre o estado da pele e na constituição das le

sões dermatológicas, sendo, na maioria das vezes, suficiente para provocá-las. Os indivíduos portadores de lesões crônicas da pele apresentam intensa hostilidade que, reprimida, vai buscar meios de expressão através do tegumento cutâneo".

Observou-se, mesmo em pacientes externos sujeitos também do estudo, cujas biografias não foram registradas, o que afirma Truft citado por PAIVA<sup>6</sup>, "quando menciona o medo súbito, a cólera, a ansiedade, a preocupação, enfim, qualquer tipo de transtorno emocional como elementos capazes de fazer desencadear erupções urticarianas, embora seu mecanismo permanece obscuro". No entendimento de PAIVA<sup>6</sup>, é possível que a acetilcolina liberada pelo sistema vagosimpático, sistema mediador entre os estímulos emotivos e as modificações corporais, atuando sinergicamente com a histamina, tenha papel decisivo".

Conforme ABRAMOVICH<sup>1</sup> entendeu, a idéia de interação de fatores no desenvolver de uma doença completa a de que o sintoma é uma maneira do paciente se comunicar e manobrar a angústia, de demonstrar sentimentos e pensamentos que não podem ser expressos pela palavra ou ação, o que é feito, então, através da linguagem dos órgãos. Muitos estímulos psíquicos diferentes podem provocar as mesmas respostas vegetativas. Além desta interrelação, a natureza do transtorno depende ainda de fatores constitucionais e/ou da vulnerabilidade previamente adquirida pelo órgão afetado, podendo aparecer a angústia, então, manifestada por equivalentes como anorexia e náusea.

Em pacientes acompanhados neste projeto, simultaneamente aos problemas de ordem dermatológica, circulatória, respiratória ou do sistema autoimune, foi observado o papel emocional e da angústia no aparecimento de sintomas somáticos como dor abdominal, náuseas, vômitos, mal estar geral e constipação como sintomas mais frequentes. Estes, acrescentados de ce

falêia, também foram referidos em muitos encontros extra-hospitalares durante o período do estágio acrescentados de insônia e indisposição. A insônia muito frequente em indivíduos que perderam familiares recentemente e em indivíduos idosos muito preocupados com o fator morte. Todos estão cientes de que a morte inicia com o nascer mas, o ser humano reage à morte. Relacionado à mesma, os pacientes nos referem sentimento de culpa e temor de castigo o que os levam a angústia e, principalmente a insônia e pesadelos, conforme exemplos das pacientes T.B.A., A.N.M., M.J.M. e N.S. A morte é o primeiro efeito externo ou manifestação visível do pecado, ela também é o último efeito do pecado, do qual seremos salvos (Rom. 5:12; e 1 Cor: 15:26)<sup>2</sup>. Importa portanto, que façamos saber o caminho da Salvação para que a angústia e suas consequências possam ser amenizadas, pois, a morte não podemos evitar mas, à vida podemos mostrar o caminho. O Salvador aboliu a morte e trouxe à luz e vida e a incorrupção pelo evangelho (1. Tim. 1:10)<sup>2</sup>.

Diz ainda ABRAMOVICH que, não é fundamental que o paciente tenha ou não uma doença psíquica. O fato de estar doente implicará necessariamente uma alteração de seu estado emocional, e o profissional auxiliará consideravelmente o paciente se levar esses aspectos em consideração.

Segundo exemplo das pacientes B.S., M.M.F. e M.D.A. vemos que é necessário, não esquecer, que toda perturbação provoca um sofrimento que deve ser atenuado, mesmo que a origem desse sofrimento seja de ordem psicológica; além disso, um conflito psíquico, se for prolongado ou intenso, pode predispor para verdadeiras doenças orgânicas, por criar um estado de resistência diminuída que predispõe para a manifestação da doença. Vale observar que, pacientes internados que referem

HAS como A.M.P. e L.M.M., enquanto no hospital vinham mantendo a pressão arterial sob controle e, logo após alta em seu ambiente mais stressante que o hospital, mesmo com terapêutica medicamentosa voltaram ao quadro anterior de alteração de sinais vitais (que pode ser confirmado também pelo relatório de visitas domiciliares). Isto nos faz crer que, se fatores que causam perturbações emocionais pudessem ser afastados, muitas formas a base de terapêutica medicamentosa com consequentes efeitos colaterais, para aliviar ou corrigir a síndrome tornar-se-iam desnecessárias. Se verificarmos os relatórios de L.G.C., S.A.G.D., R.M.M., E.M. e T.S.S.W., observamos que não seríamos capazes de explicar adequadamente a origem e/ou consequência da maioria dos males físicos sem compreendermos a interação de mente-corpo e corpo-mente.

Como exemplo de D.D.S. temos visto que, por vezes, os conflitos psíquicos se prolongam ocasionando a depressão, designada uma dor moral, pessimismo global, sentimento de inferioridade, perda de consideração por si mesmo, desaparecimento da vontade de viver, inibição motora manifesta-se na falta de interesse por tudo, familiares, pessoas que o rodeiam, esse desinteresse se faz acompanhado de uma lentidão de espírito, sentimento de ansiedade, fadiga, perturbação do sono e dores variáveis, o paciente permanece pálido, de olhar fixo, apresentando uma expressão de tristeza, fica imóvel, com corpo fletido, cabeça caída, não fala (geme ou chora). Quando a depressão atinge uma certa intensidade, o doente deseja a morte, passando não mais a se alimentar, permanecendo com idéias fixas de morte.

Encontramos também (conforme relatório de E.S.D.) o suicídio-apelo, que conforme ROQUEBRUNE<sup>8</sup>, quando o doente é incapaz de estabelecer uma relação satisfatória com os outros,

é levado a momentos de depressão frequentes, e a tentativa de suicídio torna-se um meio de comunicação, sendo o meio mais usado o consumo de doses tóxicas e medicamentos. Segundo Martinho Lutero "pensamentos soturnos acarretam males físicos; quando a alma está oprimida, o mesmo acontece com o corpo"<sup>4</sup>.

Visto também no transcorrer do estágio conforme exemplo da biografia de M.F.S. que, há uma estreita relação entre tensões emocionais e função respiratória, o que torna provável que muitas doenças deste aparelho tem etiologia ou estejam comprometidas com o fator psicogênico, como desencadeamento de crises asmáticas através de fantasias primitivas e estressantes, como: conflitos sexuais, inveja, ressentimento, agressividade reprimida, rejeitado por amigo. Seria a asma uma proteção contra os seus conflitos psicológicos, inconscientes, apresentando crises de depressão, sentimentos sádicos (autoflagelação), como no caso da paciente N.M.S., como: também pouca segurança e angústia. Através de pesquisa de Dekker e colaboradores citado por GARMA<sup>3</sup>, foi detectado como traço especial da personalidade do asmático uma posição de dependência extrema, principalmente diante da mãe. Porém a situação psíquica não costuma apresentar-se de modo claro. Com uma conduta aparentemente independente o asmático foi crescendo, indefeso interiormente para elaborar de modo normal situações, reagindo com angústia, que rechaça, e por isso a angústia se faz inconsciente, apresentando assim dificuldade respiratória (angústia significa estreiteza), comprimindo o corpo do indivíduo que impede de respirar. O asmático é um sujeito que ante determinada circunstância se assusta, não pode respirar e sente-se asfixiado, caracterizando a crise asmática. A situação angustiosa desencadeante pode advir de fatores conflitantes externos ou internos (fantasias, desejo inconscien

te e imaginação), os quais ocorrem com maior frequência a noite, quando o ego adormecido, afasta a realidade, pode rechaçar menos os desejos insatisfeitos e fantasias angustiantes, sendo este motivo principal da maior frequência de ataque asmático noturno, o que foi também observado no caso da paciente M.F.S., já citado anteriormente.

"A psique pode ser a causa principal em certas disfunções, assim como uma disfunção pode determinar perturbações psíquicas. Não existem, portanto, mente ou corpo diferenciados. A mente é uma função do cérebro e esse faz parte do corpo; e ambos constituem uma unidade". (Lawrence E. Lamb, M.D.)<sup>5</sup>.



## VII - RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1 - Objetivos Propostos no Projeto:

Ao darmos início a este projeto, os pacientes foram a nós indicados pelas enfermeiras supervisoras, com observações de perturbações emocionais. Com o transcorrer do planejamento, nos foi possível identificar os sinais e sintomas psicossomáticos, principalmente através da passagem de plantão, funcionando como fonte rica em subsídios, os quais facilitaram, quanto ao encaminhamento prático de todas as teorias coletadas, permitindo o conhecimento de toda a pessoa humana, não somente de sua ferida. O que nos sugere para futuros estudos, a participação da passagem de plantão antes do início do estágio diário.

Na maior parte dos clientes atendidos, o histórico de enfermagem e a anamnese médica nos serviu de embasamento para complementação de dados clínicos, os quais foram significantes para realização da biografia do paciente e a relação do fator orgânico, ricamente exposto e o fator psicoespiritual geralmente negligenciado nestas anotações e atuações dos profissionais de saúde. Sendo assim, relatamos históricos de enfermagem nos casos menos obscuros quanto ao envolvimento de fatores psicossomáticos; pois psicossomática não é uma espe

cialidade, mas uma postura, através desta procuramos detectar e atuar, junto ao paciente e seu ecossistema. Esta atuação se fez através de realização do próprio histórico, como meio terapêutico, diálogos diários acompanhado de exame físico, oportunizando levantamentos das necessidades humanas básicas e conduta tomada, registrando-se em forma de SOAPs, prescrições, encaminhamentos, pedidos de parecer. A este processo consideramos como consulta de enfermagem.

Observamos que no transcorrer deste estágio na Clínica Médica Feminina, anotações de perturbações emocionais começam a serem veiculadas aos SOAPs e observações complementares com maior ênfase.

O objetivo relacionado ao acompanhamento de pacientes a interconsultas, foi substituído por estudos de casos semanais, junto ao psicólogo e médico orientador, pois a demanda a nível ambulatorial se faz elevada, impedindo o atendimento do psicólogo a nível de unidade, sendo os pacientes encaminhados sempre que possível e necessário à consulta ambulatorial (psicólogo, diabetes, planejamento familiar, ginecologia, grupo de alcoólatras da UFSC), após alta hospitalar. E estando o médico psicossomatologista, apenas atendendo a nível ambulatorial não nos foi possível acompanhar mais fielmente sua atuação a nível psicossomático. Mas temos segurança, de que os conhecimentos adquiridos, através destes encontros, nos quais, nos permitiu exposição de casos, discussão de condutas, enfim, troca de idéias, teorias e experiências, somando positivamente, nos preparando cada vez mais, para atuarmos o mais corretamente possível junto a pessoa humana, envolta em seu universo.

Como verificamos em experiências anteriores e através de pesquisa, os pacientes em sua maioria não sabem ou tem pe

queno conhecimento de seu problema. Deste modo procuramos com o objetivo promover o auto-conhecimento da patologia e orientação para alta hospitalar, conforme interesse e situação do cliente, promover o melhor esclarecimento sobre seu estado, estimular ao auto-cuidado, diminuir o número de internações, levá-lo ao enfrentamento da doença, conscientizá-lo da importância da continuidade do tratamento e retornos ambulatoriais, promovendo a recuperação da saúde dentro de cada quadro clínico, com os vários fatores psicossomáticos predisponentes.

Através da dinâmica de grupo houve o preenchimento de espaço vazio dentro da rotina hospitalar sem interferir nesta, permitindo um maior interação paciente-paciente e paciente-profissional de saúde, permitindo liberações de idéias, vivências, tensões, questionamentos, detecção de problema e consequente esclarecimentos, realizados de forma descontraída e informal, utilizando linguagem coloquial, clara e objetiva de modo a facilitar a compreensão e ou entendimento.

Devido a grande maioria dos pacientes não residirem no município de Florianópolis e por alguns dos pacientes não aceitarem a visita a seus lares, nosso objetivo de executar visitas domiciliares se fez de modo precário, mesmo assim procuramos integrar a família a situação do cliente e as diferentes possibilidades de sanar conflitos estressantes geralmente relacionados ao meio social, responsável por uma patologia orgânica a qual não basta ser curada, mas também detectar e trabalhar junto ao meio a origem do problema, isto é, o fator estressante (ver no relatório de visita domiciliar).

As reuniões com as enfermeiras supervisoras, foram substituídas por contatos diários os quais nos permitiram troca de idéias, discussão dos casos trabalhados, indicações de possíveis pacientes com sinais psicossomáticos, analisando a evo

lução do projeto sempre em conjunto. Estes encontros não foram realizados juntamente com enfermeiro e professor orientador devido problema de horário, pois o estágio se realizou na sua maioria no período matutino, devido horário exercido pelas enfermeiras supervisoras, pelo período ser mais rico em condições de explorar a atuação de outros profissionais de saúde nesta área (psicólogo, médico psicossomatologista), bem como o próprio contato com o paciente. Ocorrendo próximo ao término do estágio contatos menos frequentes com as supervisoras, devido troca de horário por motivo de gestação e cirurgia. Sendo suprida pela enfermeira Elénir que também nos prestou declarações sobre seu ponto de vista psicossomático, e contatos com psicólogo e médico orientador.

Devido principalmente ao fator tempo e horário, foi possível realizar uma reunião com professor orientador, ao qual foi exposto o andamento do projeto, com demais encontros breves. O mesmo proporcionou um ambiente sem pressões, demonstrando confiabilidade na equipe.

## VIII - DIFICULDADES SENTIDAS E RECOMENDAÇÕES

Temos muitos membros em um só corpo, porém, todos interrelacionados e, se um membro sofre, todo o corpo sofre com ele. Assim somos muitos e diferentes profissionais em uma só equipe, resultando em equipe multiprofissional, a qual deveria estar interrelacionada para um só objetivo, que é o atendimento da PESSOA. Se um profissional sofre dificuldades na realização do seu todo, todos deveríamos sofrer e lutar juntos até alcançar a vitória. Deste ponto de vista citaremos as dificuldades que direta ou indiretamente interpretam as dificuldades globais da concepção psicossomática:

1. A falta de conhecimento e interação de toda equipe para atender o paciente na sua forma global.

1.1 - Recomendamos que se inicie uma interrelação da parte médica e de enfermagem a nível hospitalar e de curso em forma de discussão e cientização aos interessados e aos que foram despertados (solicitação de palestra sobre psicossomática de funcionários) em buscar a unidade do indivíduo que foi perdida na concepção de assistência ao doente.

1.2 - Que se solicite aos profissionais habilitados e desejosos em divulgar e orientar para uma forma de atendimento global, reuniões e palestras periódicas a nível hospitalar sobre a psicossomática para um melhor preparo de percepção e

ação conjunta.

1.3 - Que se solicite ao órgão superior a especializa  
ção e colocação de, inicialmente, um enfermeiro(a) por clíni  
ca médica e cirúrgica com disponibilidade às áreas da pedia  
tria, ambulatório e emergência para detectar, atender e/ou en  
caminhar pacientes com necessidades na área psíquica e espi  
ritual, considerando a reestruturação do serviço do psicólogo  
de atender as clínicas em metade do período a partir do próxi  
mo módulo.

1.4 - Incentivar estudantes de enfermagem e medicina  
para incluir em seus cursos palestras sobre psicossomática en  
quanto não forem incluídas nos seus currículos, evitando as  
'sim formação continuada de profissionais puramente organicis  
tas (solicitar os professores: Dr. Vanir Cardoso, Dr. Juadir  
A. Cohat, Enfermeira Maria de Lourdes Cardoso e Enfermeiro  
Wilson Kraemer de Paula).

1.5 - A coordenadora da 8a. fase de enfermagem - profa.  
Leony Lourdes Claudino dos Santos que incentive a continuida  
de deste trabalho aos alunos da 8a. fase de enfermagem com su  
pervisão de professores orientadores que visam a área de psi  
cossomática e que atuam como profissionais no HU (Dr. Vanir  
Cardoso e sua esposa enfermeira Maria de Lourdes da Silva Car  
doso, psicólogo Dr. Juadir A. Cohat) o que beneficia o acesso  
do aluno a busca de orientação, visto também que a filosofia  
do HU visa o atendimento global do paciente além de as unida  
des de internação oferecem vasto campo de atuação nesta área,  
apesar da resistência oferecida por profissionais não esclare  
cidos e indiferentes, alguns até hostis a pacientes com per  
turbações emocionais, ainda alguns gracejando sobre quem visa  
aprofundar assistência global do doente.

1.6 - Realização de pesquisa e estudos no campo da psi

cossomática para apresentação dos mesmos em congressos e encontros de profissionais de saúde.

1.7 - Ativação de uma sala para atendimento individualizado na unidade de internação uma vez que a análise e diálogo nesta área requerem maior privacidade do paciente que se encontra em quartos coletivos e também para atendimento dos pacientes a nível ambulatorial. Temos percebido que o consultório de psicologia no andar térreo entre as salas de atendimento ambulatorial de nebulizações, aplicações parenterais e curativos não fornece ambiente propício para diálogo individualizado por frequentes interrupções de pacientes que procuram atendimento enquanto não há pessoa nas demais salas de atendimento. Há também muito ruído provindo destas salas e movimentação intensa de pacientes, acompanhantes e funcionários nos corredores. Igualmente o fator de ouvir com facilidade os comentários das salas adjacentes desencadeiam constrangimento a certas pessoas para um diálogo aberto por receio de ser ouvido da mesma forma nas salas ao lado. No transcorrer do projeto temos percebido nas unidades de internações que o simples retirar do quarto com o paciente para um local mais isolado facilitava relato espontâneo da biografia, necessário para detecção de causalidade de muitos problemas e perturbações emocionais.

Além destas dificuldades há outros múltiplos problemas que desencadeiam fatores emocionais estressantes e que aumentam a angústia do doente, tanto a nível hospitalar (rotatividade de profissionais por paciente, demora de realização de exames e conduta médica, o poder médico na relação com o paciente, não esclarecimento da patologia ao cliente, em alguns casos encaminhamentos não efetuados e passividade dos profissionais frente a esta realidade, etc.) como a nível sócio-eco

nômico mas, uma vez realizado o projeto sob concepção psicos  
somática deixaremos nossas recomendações mais neste nível, com  
fé e confiança que seja como uma semente lançada que venha a  
brotar, crescer e produzir frutos para uma ação de assistên  
cia mais conscienciosa e global da pessoa humana, pois, se  
queremos atender o indivíduo com maior eficácia e com melho  
res resultados é indispensável a inclusão da necessidade tri  
dimensional do ser humano.



## IX - CONCLUSÃO DO ESTÁGIO

Ao final deste estágio podemos afirmar que, tomanos consciência mais crescente da psicossomática em nossas próprias vidas e temos experimentado que, frente a um problema, não conseguimos impedir a interação de mente-corpo que podem liberar angústias e atitudes não previstas, e que podem exigir múltiplas necessidades do pacientes com ou sem lesões aparentes. Estes, os considerados de "você não tem nada não" , pois, lesões externas são facilmente vistas, sendo que, ver lesões internas não são facilitadas por técnicas e aparelhos sofisticados mas, perturbações emocionais que afetam males externos e internos requerem ser revelados de outra forma e, enquanto nós nos prendemos apenas às técnicas convencionais para descobrirmos males orgânicos dos pacientes permanecemos eternos dicotomizadores.

Cita ABRAMOVICH que, praticamente todas as pessoas sabem que a mente e o corpo são inseparáveis, mas nem sempre agimos como se soubessemos disto, quer sejamos pacientes ou profissionais de saúde. Não podemos como profissionais medir a intensidade ou avaliar o nível infectante das situações conflitantes e estado emocional no desencadeamento das doenças , porém são fatores que podem ser tão patogênicos quanto a causalidade revelada por pesquisa microscópica e computadorizada

aspectos técnicos de uma causa aparente, possam e possamos juntos atender a PESSOA. As portas já estão abertas e a luz acesa, importa permitirmos que a mesma ilumine a todos que es tão conosco e ao nosso redor.

## X - BIBLIOGRAFIA

1. ABRAMOVICH, M. Pecis. O paciente em gastroenterologia.
2. BÍBLIA SAGRADA, traduzida por João Ferreira de Almeida, Ed. Sociedade Bíblica do Brasil, Rio de Janeiro, 1970.
3. GARMA, Angel. A psicanálise: teoria, clínica e técnica. Artes Médicas, Porto Alegre, 1984.
4. HOWARD, R. & LEWIS, M.E. Fenômenos psicossomáticos. Editora Olympio, Rio de Janeiro, 1974.
5. JOHANN, Jorge R. Modificação do comportamento e auto-realização. Ed. Paulinas, São Paulo, 1986.
6. PAIVA, M.L. Medicina psicossomática. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1979.
7. PERESTRELLO, D. A medicina da pessoa. 3a. ed., Editora Atheneu, São Paulo, 1982.
8. ROQUEBRUNE, J.P. & JOUSSEMET, R. Prevenir e combater o stress, a angústia, a depressão. Biblioteca Verbo, 1985.